

Lêda Maria Ávila Vargas Dias
Denise Barbosa de Castro Friedrich
Semiramis Melani Melo Rocha

Mãe e Filho:
a eterna ligação

Juiz de Fora



2010

© Editora UFJF, 2011

Este livro ou parte dele não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização expressa da editora. O conteúdo desta obra, além de autorizações relacionadas à permissão de uso de imagens ou textos de outro(s) autor(es), são de inteira responsabilidade do(s) autor(es) e/ou organizador(es).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

REITOR

HENRIQUE DUQUE DE MIRANDA CHAVES FILHO

VICE-REITOR

JOSÉ LUIZ REZENDE PEREIRA



DIRETORA DA EDITORA UFJF / PRESIDENTE DO CONSELHO EDITORIAL

NELMA FRÓES

CONSELHO EDITORIAL

ANA CRISTINA LIMA SANTOS BARBOSA

ANDRÉA PEREIRA LUIZI PONZO

ANTONIO FERREIRA COLCHETE FILHO

HENRIQUE NOGUEIRA REIS

LUCIANA PACHECO MARQUES

ROGERIO CASAGRANDE

RUBEM BARBOZA FILHO

SUELI MARIA DOS REIS SANTOS

STUDIO EDITORA UFJF

CONSULTOR DE CRIAÇÃO: MARCOS SILVA

ASSISTENTE DE CRIAÇÃO: MOEMA SARRAPPIO

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO: ANDRÉ CASTANHEIRA

CAPA: MOEMA SARRAPPIO

Mãe e filho : a eterna ligação / Ieda Maria Ávila Vargas Dias,
Denise Barbosa de Castro Friedrich, Semiramis Melani Melo
Rocha (Orgs.). – Juiz de Fora : Ed. UFJF, 2011. -- 72 p. : il.

ISBN 978-85-7672-112-3

1. Saúde. 2. Enfermagem. 3. Relações mãe-filho. I. Dias, Ieda
Maria Ávila Vargas. 2. Friedrich, Denise Barbosa de Castro. 3.
Rocha, Semiramis Melani Melo. II. Título.

CDU 614

EDITORA UFJF

RUA BENJAMIN CONSTANT, 790

CENTRO - JUIZ DE FORA - MG

CEP 36015 - 400

FONE/FAX: (32) 3229-7645

(32) 3229-7646

secretaria@editoraufjf.com.br

distribuicao.editora@ufjf.edu.br

www.editoraufjf.com.br

Ainda que eu falasse
A língua dos homens
E falasse a língua dos anjos,
Sem amor eu nada seria.

(Coríntios I, capítulo 13, versículo 1).



Dedicatória

À minha alma gêmea, com quem compartilho meus sonhos, meus projetos, minhas angústias, enfim, a minha vida.

Às minhas filhas, razão do meu viver.

À minha mãe, pelo amor incondicional e por ter estabelecido comigo uma relação afetiva tão satisfatória.

À minha sogra, pelo carinho de mãe.

À minha irmã, por ter dividido comigo a maternagem dos meus sobrinhos.



Sumário

Prefácio	9
Apresentação	11
1 Considerações Iniciais.....	13
2 Referências Conceituais.....	17
2.1 Aspectos Históricos do Cuidado Neonatal.....	17
2.2 Cuidando do recém-nascido	20
2.3 Entendendo o Apego	25
3 Os Preceitos do Comportamento de Apego	35
3.1 A Teoria do Apego	35
3.2 Apego Pré-natal	39
3.3 Apego Neonatal.....	42
3.4 Apego Materno e Paterno	50
3.5 Privação Materna.....	55
4 Considerações Finais	65
Referências.....	69



Prefácio

Vir ao mundo e ser amado é a grande lição que se aprende e que deve ser transmitida a cada nova geração. Ao vivenciar a espera de um filho, deve-se imaginar ser inerente desejá-lo e amá-lo, de modo singular, por ele representar fruto de nossa existência, continuidade da espécie humana e ainda uma graça divina recebida por aqueles que exercitam a fé cristã.

Nascer, crescer e se desenvolver... Todo o ser vivo experimenta o início da vida e o ciclo evolutivo que o leva à maturidade biológica e psicossocial, no potencial que a racionalidade humana o permite atingir. No entanto, ao tratarmos o que é essencialmente humano, devemos lembrar que o racional, tão somente, é insuficiente na escalada do desenvolvimento e não pode estar dissociado do emocional. Qual o significado disso? Pode ser simples para aqueles que experimentaram o nascer com amor, crescer com amor e se desenvolver com amor. Por outro lado, muito complicado para os que não tiveram a mesma sorte.

Falo mesmo do AMOR. O amor-doação, o amor incondicional. É nessa linha de pensamento que traço considerações sobre essa produção literária que nos instiga a amar de forma natural, como um legado da condição de sermos humanos.

Aí situa-se a relevância da obra da autora. Vivenciar a maternagem e estabelecer vínculo mãe-filho, relação essa, indiscutivelmente, propulsora da saúde mental de todo o ser humano, representam a forma essencial do cuidado. A Enfermagem discute o aspecto do “cuidar” desde suas origens e contempla a arte e a ciência do cuidado, como elemento que deve permear todo o planejamento da assistência.

De modo peculiar, a obra retrata a importância da relação afetiva mãe-filho, logo após o nascimento. Além de esperar-se que essa relação seja naturalmente

estabelecida, é importante ser estimulada pelo enfermeiro, que privilegiadamente pode acompanhar o processo gestatório e o nascimento. Sua inserção precoce na atenção à mulher e à criança pode fazer a diferença na formação do vínculo e no desenvolvimento do apego, relacionados ao binômio mãe-filho.

Imergir no cuidar e educar para amar é o que Iêda Maria nos convida, por meio da leitura de sua obra. Vamos então apreciá-la, aprender a lição de amar e transmitir esse ensinamento como um legado essencialmente humano.

Palavras da amiga e colega,
um dia tua mestre e sempre admiradora,

Rosane Maria Michel Stucky
Professora do Departamento de
Ciências da Saúde da Universidade Regional
do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Apresentação

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) visando incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços, integrou o grupo de instituições de ensino superior participantes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). Iniciativa lançada por meio da Portaria Interministerial - Ministério da Saúde e Ministério da Educação com o objetivo de reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Faculdade de Medicina da UFJF, numa abordagem integral do processo saúde-doença, por meio da Coordenação do PRÓ-SAÚDE, investiu no desenvolvimento de ações com vistas a contribuir com a qualificação das práticas de ensino, de atenção à saúde, de gestão e de controle social, bem como com a geração de conhecimentos.

Entre estas ações destaca-se a publicação de um conjunto de obras literárias, incluindo este livro, que aborda a importância de uma relação afetiva, íntima e contínua estabelecida entre mãe e filho para a saúde física, mental e social do indivíduo, denominada apego materno-filial.

Esta relação, apesar de ser a base da saúde mental do indivíduo, não é algo que se nasce sabendo, é algo que se apreende pelo exemplo e que passa de geração em geração, não porque está escrito no material genético dos seres vivos, mas sim pela experiência. Isso implica na maneira como as pessoas cuidam das crianças nos seus primeiros e fundamentais anos de vida.

Contextos sociais, emocionais e econômicos influem na qualidade do relacionamento entre mãe e filho e podem mostrar continuidade através das gerações. Isso reforça a importância da equipe responsável pelo cuidado materno-filial propiciar e estimular o vínculo mãe e filho o mais precocemente possível, pois as primeiras experiências afetivas da criança influenciarão diretamente em sua personalidade.

A criança carente de uma relação afetiva satisfatória pode desenvolver, desde cedo, uma atitude medrosa e hostil, em resposta às frustrações sofridas. Mesmo que ela se defenda disso com reações maníacas, querendo provar para si mesma que as coisas são mais gratificantes do que de fato são, suas relações afetivas ficam contaminadas e comprometidas, pois são mobilizadas ou paralisadas pelas carências experimentadas em suas primeiras relações.

Considerando que as consequências adversas do desenvolvimento infantil surgem das situações em que a estimulação materna foi insuficiente, compreender os efeitos deletérios da privação materna é de grande relevância, não só para profissionais de saúde, como para a sociedade de forma geral. Portanto, manifestamos nosso agradecimento à Coordenação do PRÓ-SAÚDE-2009 da Faculdade de Medicina da UFJF, pela possibilidade de divulgação desse conhecimento construído a partir de um estudo científico.

Prof^a Dr^a Iêda Maria Ávila Vargas Dias (organizadora)

1 Considerações Iniciais

O tipo de relacionamento que alguém estabelece e alimenta com as demais pessoas encontra-se firmemente alicerçado em experiências anteriores com pessoas significativas, como por exemplo, a mãe, que de um modo muito particular, influencia imensamente as relações posteriores. A qualidade do cuidado prestado à criança no primeiro ano de vida é fundamental na formação da imagem que ela fará acerca do mundo e de si mesmo. Na medida em que suas necessidades forem adequadamente atendidas, sua resposta será de confiança e de boa disposição para trocas afetivas.

Ao nascer, o bebê não tem verdadeiras percepções, pois estas dependem do desenvolvimento do aparato psíquico e das experiências vividas. O que normalmente funciona bem são as sensações, em especial as olfatórias, táteis e auditivas, sendo que os receptores da região perioral são os mais desenvolvidos. Estas sensações estimulam o movimento para a vida. Os primeiros sorrisos são os indicadores da existência de um ego rudimentar, capaz de ligar o afeto à intenção, e é o primeiro passo na direção da capacidade de amar.

Aos poucos, o bebê destaca dentre as suas impressões, inicialmente tão vagas, a pessoa que lhe cuida e lhe propicia sensações prazerosas. Com isso identifica a figura materna e dá início à fase simbiótica, que representa ganhos tanto para o bebê quanto para sua mãe. Nesta fase, quanto melhor for a relação entre ambos, o bebê bem atendido e a mãe capaz de demonstrar seu amor pelo filho, sentindo-se grata por ele, mais benefícios terá o desenvolvimento emocional da dupla.

Com o sucesso da fase simbiótica, o bebê aprende a confiar no mundo e a apreciar a vida (esta é a grande função do primeiro ano de vida, uma vez que a confiança adquirida neste período é a base da saúde mental do indivíduo).

Mas quando a fase simbiótica fracassa, por deficiências do bebê ou incapacidade materna, é comum acontecer o desenvolvimento prematuro do ego e com isso, a criança pode aprender a bastar-se a si mesma, a renunciar à ajuda externa e a controlar as pessoas para obter o que quer.

A criança carente de uma relação afetiva satisfatória pode desenvolver, desde cedo, uma atitude medrosa e hostil, em resposta às frustrações sofridas. Mesmo que ela se defenda disso com reações maníacas, querendo provar para si mesma que as coisas são mais belas e gratificantes do que de fato são, suas relações afetivas ficam contaminadas e comprometidas, pois são mobilizadas ou paralisadas pelas carências experimentadas em suas primeiras relações.

Mesmo a mãe sendo bem ligada ao filho, há momentos em que ele se sente ameaçado de perdê-la. O bebê angustia-se quando a mãe some do seu campo de visão, é como se ela deixasse de existir e ele ficasse desamparado. Essa experiência além de praticamente inevitável, é necessária para que ele amadureça e descubra, gradativamente, que a mãe continua viva; que ela vai, mas também volta. Na medida em que ele faz tais descobertas, aprende a esperar e a tolerar os limites, desenvolvendo uma postura positiva diante da vida e das pessoas.

É importante que haja uma figura materna bem definida, para que fique claro com quem o bebê vai estabelecer o vínculo, mas as figuras complementares, que ajudam a cuidar do bebê, sejam tão permanentes quanto possível. Na fase em que o bebê diferencia e reconhece claramente a figura materna, é bem possível que se agarre a ela, e passe a rejeitar outras, até mesmo o pai, principalmente se o contato não for diário e direto.

A figura materna pode ser tanto a própria mãe, quanto o pai, a avó, a tia ou outra pessoa. O importante é que seja estável e que assuma os cuidados que o bebê necessita. Spitz (1998) é enfático ao dizer que o bebê sem a figura materna está condenado ao marasmo e à morte, pois, para que seu equipamento inato seja ativado, os estímulos recebidos na relação materno filial são essenciais. É nessa relação que se encontra a matriz, ou o protótipo, para as relações que serão significativas ao longo da vida.

Múltiplas são as funções maternas a serem desempenhadas, desde o provimento da alimentação e dos cuidados que visam assegurar a sobrevivência, até o acalento, que conferem afeto e segurança ao bebê. Talvez a função mais importante, pois segundo Bowlby (2004), a mãe é o organizador psíquico dos primeiros anos de vida, é o órgão explorador e a proprietária afetiva da criança.

Uma vez identificada a pessoa que lhe proporciona alívio e prazer, esta passa a exercer uma atração irresistível que fica gravada na memória. A partir de certo momento o bebê passa a desejá-la não apenas em virtude de uma urgência qualquer, mas sim, pela satisfação que representa ao se fazer presente. Numa fase posterior, a confiança na dedicação e no interesse da figura materna, que passa a ser internalizada, faz com que o bebê aprenda a suportar uma certa quantia e um certo tempo de frustração, experimentado principalmente na ausência da mãe. A criança aprende a protelar a gratificação de suas necessidades, se for o caso, pois sabe que no devido momento será atendida, ou ela mesma poderá realizar aquilo que deseja.

A preocupação com as características psicossociais de cada indivíduo assume relevância na enfermagem, em especial na Enfermagem Pediátrica e Neonatal, que trabalha com um ser humano intimamente dependente de outro. A criança depende da sua mãe para a satisfação de suas necessidades básicas, tanto físicas quanto psíquicas, considerando que o grau e a qualidade deste relacionamento variam com a idade.

A ligação afetiva entre o binômio mãe-filho constitui a base da saúde mental do indivíduo, as primeiras experiências da criança influenciarão diretamente em sua personalidade. A enfermagem, ao atuar na assistência materno-infantil deve compreender os riscos da separação do binômio, cujas conseqüências constituem ameaças de caráter variável e, até certo ponto, imprevisível e, utilizar-se deste conhecimento para prestar o cuidado. Para tanto, precisa conhecer os fundamentos teóricos desta relação para atuar de forma competente na assistência materno-infantil. Evidentemente, a enfermeira não poderá incumbir-se de tão vasta tarefa sozinha, mas é de sua responsabilidade imprimir na equipe de enfermagem atitudes facilitadoras da interação mãe-filho, uma vez que atua profissionalmente em momentos denominados períodos críticos ou sensíveis na formação e manutenção do apego.

Klaus e Kennel (2000) definem período crítico ou sensível como o espaço de tempo em minutos, horas ou dias de vida em que o contato entre pais e filhos poderia ser significativo para a formação do apego. Há diversos estudos que apóiam a hipótese de que o contato precoce, como é incentivado nos sistemas de alojamento conjunto, propicia que as mães amamentem seus filhos com mais afeto e por mais tempo; prestem mais apoio ao bebê no choro e, principalmente, tenham uma melhor aceitação do bebê. Estes aspectos facilitam a relação e possibilitam que a mãe atenda com mais segurança aos sinais emitidos pelo bebê, discriminando-os com mais exatidão. O que aumenta seu senso de competência materna, indispensável para a formação do apego materno-filial.

O interesse em compreender melhor esta relação justifica-se pela importância da relação mãe-filho no desenvolvimento físico e emocional da criança e a relevância deste tema permear a prática dos profissionais de enfermagem que atuam na área materno-infantil. A proposta deste livro é apresentar as atuais contribuições da literatura nacional e internacional sobre a relação de apego entre o binômio mãe e filho, visando oferecer elementos de sustentação que instrumentalizem a enfermagem para intervir como facilitadora na formação e manutenção do apego.

Na impossibilidade de abarcar todas as questões referentes ao apego e privação materna, a discussão central focalizará o apego no período neonatal, considerando a importância da interação precoce da mãe com o filho. O afastamento ou a separação do binômio mãe e bebê, neste período, sem as devidas precauções, reflete com nitidez a falta de conhecimento sobre a necessidade de interação entre ambos. O bebê nasce inteligente e se comunica com a sua mãe, porém, para que isso ocorra, é preciso que o ambiente o ajude. Esta interação é iniciada desde a gestação e a continuidade desta comunicação deve ser propiciada imediatamente após o nascimento, o que facilitará a formação e consolidação do apego entre mãe e filho.

2 Referências Conceituais

2.1 Aspectos Históricos do Cuidado Neonatal

A assistência ao recém-nascido passou por grandes transformações ao longo da história da humanidade, havendo variação na organização do trabalho. Estas transformações estiveram atreladas ao valor que cada civilização devotou a suas crianças. Até o século XVII, a parteira constituiu-se no agente responsável pela assistência ao parto e ao neonato, caracterizando um trabalho instrumentalizado pelo conhecimento adquirido na experiência de vida.

Este trabalho, que tinha caráter caritativo, transformou-se para atender às necessidades mercantilistas de incremento à natalidade, pois o cenário político e social europeu modificaram-se profundamente com os movimentos ocorridos no século XVIII. O potencial humano passou a ser considerado produtor de riquezas para o Estado. No século XIX houve transformações importantes na vida familiar com a incorporação desta e da própria criança no processo produtivo direto, aumentando o número de menores abandonados e os índices de mortalidade infantil.

O início do século XX constituiu o momento de arrancada do movimento de proteção materno-infantil com o início do atendimento médico e da assistência social sistematizados para o lactente. O atendimento era um misto de assistência, correspondendo de início a uma doutrina que via em separado a saúde da mãe e da criança, transformando-se paulatinamente e desenvolvendo a concepção do binômio mãe e filho, expandindo-a para a família, só muito tempo depois.

No período posterior à Primeira Guerra Mundial ocorreu grande incremento na produção de conhecimento científico e tecnológico na área da saúde, surgindo

vários estudos sobre os recém-nascidos em diversos países. O atendimento infantil tornou-se cada vez mais rígido, principalmente nos anos 20, considerada a década científica. Surgiram as primeiras instalações de berçário para alojar os neonatos, que com a instalação de rigorosas medidas de isolamento, tinham a finalidade social de diminuir a mortalidade neonatal em países industrializados.

Com isso, o alojamento conjunto, apesar de se tratar de uma prática bastante antiga, foi abandonado, pois se pensou em proteger o recém-nascido das infecções que grassavam entre as puérperas nas maternidades. Na verdade, essa proteção trouxe a separação mãe e filho e contribuiu em muito para o abandono do aleitamento natural. Tal método assistencial constituiu a primeira barreira para a unidade mãe-filho e um marco histórico na ruptura desse binômio.

Com essa nova tendência, a enfermagem, já institucionalizada na área hospitalar, foi fortalecida, assumindo a responsabilidade do manuseio e controle do aparato tecnológico envolvido na assistência de maior complexidade, visando atender às necessidades de higiene, alimentação, terapêutica e controle dos equipamentos envolvidos na assistência.

Nos meados do século XX, estudos que enfatizavam a importância da amamentação em esquema de livre demanda e que destacavam a importância da assistência humanizada para o desenvolvimento da personalidade, com o devido realce para os efeitos negativos da separação precoce do binômio mãe-filho, começaram a permear os meios acadêmicos. O que contribuiu para que a separação do binômio e as inflexíveis regras instituídas nos berçários passassem a ser questionadas. Vislumbrou-se que a reaproximação mãe-filho, com as devidas precauções, proporcionaria proteção contra infecção e satisfação psicológica da mãe e do bebê, o que promoveria o início do vínculo afetivo entre o binômio.

Essas discussões que questionavam a validade do sistema que separava o binômio mãe-filho, ganharam força e propiciaram o ressurgimento do alojamento conjunto. No ano de 1946, foi inaugurado no *Grace New Haven Community Hospital*, nos Estados Unidos da América, a primeira unidade de alojamento conjunto neonatal, denominada de *rooming-in*, que constitui um tipo de atendimento hospitalar onde mãe e recém-nascido permanecem juntos e recebem cuidados no mesmo espaço físico (PHILLIPS, 2003)

No Brasil, as primeiras instalações de berçário surgiram seguindo a tendência internacional e gradativamente vários hospitais passaram a utilizar o sistema de alojamento conjunto, sendo a sua implantação embasada nos resultados de estudos realizados que constatavam os inconvenientes de caráter clínico-patológico

causado pela concentração de recém-nascidos nos berçários e os efeitos negativos da separação precoce do binômio mãe-filho. Face às normas e recomendações das organizações governamentais, científicas e institucionais, aos poucos a instalação dessas unidades tornou-se obrigatória em todos os hospitais que realizavam atenção ao parto (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

O retorno à prática do alojamento conjunto baseia-se numa série de argumentos favoráveis. Klaus e Kennel (2000) destacam que este sistema favorece a aproximação mãe-filho com maior aceitação da maternidade; melhora o relacionamento da mãe com a equipe de saúde de modo a fazer com que receba orientação e capacitação para o cuidado de seu filho; diminui a possibilidade de infecções cruzadas; possibilita à equipe de saúde a observação do comportamento do binômio mãe-filho; proporciona à mãe confiança em si mesma; evita ansiedades e traumatismos psicológicos desnecessários à mãe e ao filho devido à separação; aumenta o número de mães que amamentam e proporciona a participação do pai no cuidado do filho.

Segre (2002) destaca que, apesar da política vigente, a decisão de reintroduzir o alojamento conjunto esbarrou em pré-conceitos vigentes até poucos anos atrás. Muitos profissionais, principalmente administradores hospitalares, acreditavam que era dispendioso introduzir esse sistema nas maternidades, porém, o alojamento conjunto não é mais dispendioso que qualquer outro sistema de atendimento. Para sua implantação, são dispensáveis equipamentos especiais ou modificação nos quartos ou salas. Um berço para a criança com um armário para colocar os pertences, seria o suficiente. Outro motivo frequentemente alegado contra a instalação desse sistema seria de que as mães necessitariam de repouso após o parto; que elas não suportariam o choro de outros bebês e que as infecções se propagariam com maior facilidade.

Para contornar este problema foram imaginados vários modelos de berços, tais como o berço-gaveta ou microberçário. No primeiro caso, quartos de quatro ou cinco mães separavam-se do berçário por uma parede onde os berços tipo gaveta poderiam ser puxados para os quartos ou devolvidos ao berçário, sem que a mãe saísse da cama. No segundo caso, um pequeno berçário separado por paredes divisórias de vidro à prova de som, era montado no centro de um quarto amplo, separando a enfermaria em duas seções adjacentes. Estes sistemas demandavam, contudo, adaptações estruturais que nem sempre seriam factíveis, de modo que em outros hospitais eram colocadas rodas nos pés dos berços para que as mães pudessem retirá-los do berçário quando desejassem (SEGRE, 2002).

Em vista da relevância dos argumentos favoráveis ao alojamento-conjunto, partiu-se para a colocação do berço ao lado da cama da mãe, sem que nenhum investimento de capital fosse necessário para tal implantação. A mãe que tem o filho ao seu lado permanece mais tranquila, pois pode observá-lo e cuidá-lo, ao contrário da mãe que tem seu filho afastado, esta toda vez que ouve um choro pode imaginar que é de seu filho e que ninguém o está atendendo. No alojamento conjunto, as mães não prestam muita atenção ao choro de outra criança e não se sentem incomodadas, porque sabem que não é o seu filho e que a outra criança será atendida imediatamente. Por este pronto atendimento, existe pouco choro no alojamento conjunto comparado com o berçário.

Como podemos observar, profundas transformações ocorreram na assistência ao recém-nascido. Os clássicos berçários foram substituídos por unidades de alojamento conjunto, berçários de cuidado progressivo e modernas unidades de terapia intensiva neonatal, que surgiram equipadas com recursos materiais e humanos especializados, tornando-se imprescindível o trabalho de uma equipe multiprofissional.

Visando não somente atender ao carecimento social de diminuição da morbimortalidade infantil, mas também assegurar uma sobrevivência de melhor qualidade à mãe e ao neonato, hoje o objeto de ação da equipe que atende este ser não se restringe ao corpo biológico, seu foco é a integralidade, portanto, família e comunidade passam a ser também objeto desta ação.

A enfermagem vem acompanhando o desenvolvimento da assistência perinatal, participando da estrutura e organização de unidades de alojamento conjunto e unidades neonatais, seja de tratamento intensivo ou não; planejando e executando a assistência de enfermagem ao recém-nascido normal e patológico e sua família; treinando e desenvolvendo o conhecimento de sua equipe; implementando rotinas e procedimentos que visem ao aprimoramento técnico-científico da profissão.

2.2 Cuidando do recém-nascido

Uma compreensão acerca do cuidado perinatal requer organização na direção de ações cooperativas voltadas à redução dos índices de mortalidade e morbidade. Nos últimos anos, muitos foram os esforços desenvolvidos na promoção da saúde perinatal, mas apesar disso, ainda existe muito a ser aprimorado para garantir a melhoria das condições de vida e de saúde do binômio mãe e filho.

Todos os recém-nascidos necessitam de contato materno, carinho, higiene, aquecimento, amamentação exclusiva precoce e medidas preventivas; alguns deles precisam de atenção especial. Para atender a demanda é importante garantir às gestantes o acesso às informações sobre os fatores de risco na gravidez e prepará-las para o parto; estimular a formação de grupos de gestantes; humanizar o atendimento perinatal, garantindo condições para o aleitamento materno exclusivo e precoce; prestar cuidados essenciais à díade mãe-filho; e principalmente, propiciar a qualificação dos profissionais que atuam no pré-natal, parto e puerpério.

Para construir um sistema de assistência perinatal humanizado é importante que algumas medidas sejam sistematizadas, como: interação precoce mãe-filho, o contato pele-a-pele na sala de parto, o corte do cordão umbilical pelos familiares, o alojamento conjunto na maternidade, o incentivo ao aleitamento materno, a presença e participação dos familiares no processo do nascimento, a permissão do registro do nascimento através de filmes e fotos e a celebração do nascimento pela família após o parto. Somam-se a isso a personalização no relacionamento usuário-trabalhador de saúde e a discussão com as usuárias das alternativas de tratamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

A organização de um sistema de atenção perinatal requer formação profissional, evolução das práticas, pesquisa e gerenciamento. O atendimento eficaz demanda cuidados perinatais adequados e equipe qualificada para atender as necessidades individuais de cada paciente de acordo com as recomendações técnico-científico. O número de integrantes e a qualidade de vida da equipe são determinantes nos resultados do serviço prestado e na participação da enfermagem dentro da instituição.

A responsabilidade dos profissionais de enfermagem no cuidado perinatal varia de acordo com o nível de atenção dispensada, procedimentos prescritos, número de integrantes e atividades desenvolvidas em educação continuada e pesquisa. Modificando práticas e adotando influências do avanço tecnológico, a enfermagem pode assumir um papel de grande importância.

Parafraseando Souza e Ferreira (2010) a responsabilidade da equipe de enfermagem inclui preparo técnico e psicológico, bem como a aplicação e o monitoramento de tecnologia, análise informativa e interpretativa, respostas apropriadas a toda uma demanda que o serviço requer e que se mostre, na prática, necessária. É sugestivo que a equipe de enfermagem esteja treinada e habilitada a identificar emergências perinatais, preparada para ações apropriadas dentro das políticas da instituição e com a devida competência clínica, que permita avaliar as

condições da mãe e do feto, posteriormente, neonato. Além de estar atenta a todos os tipos e graus de risco aos quais está sujeito este binômio durante o trabalho de parto, parto e período neonatal, propriamente dito.

É mister destacar o que é postulado sobre as instalações físicas dos hospitais que prestam o cuidado perinatal. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006) as instalações devem ser condizentes com as necessidades fisiológicas e psicossociais das mães, dos neonatos, dos pais e dos familiares. Os pais devem ter acesso aos seus bebês as 24 horas do dia, dentro de quaisquer unidades funcionais e devem ser encorajados a participar do atendimento prestado aos seus bebês. Podem ser necessárias provisões especiais quando o neonato encontra-se nas unidades especiais de tratamento.

Em todas as áreas de atendimento ao recém-nascido, deve ser providenciada uma excelente iluminação para avaliação da cor da pele e para que procedimentos detalhados possam ser realizados. O sistema de iluminação deve ser projetado para permitir sua flexibilidade, criando um ciclo noite-dia para aquelas crianças que não requerem observação constante. Instalações com paredes sem janelas promovem melhor condição de temperatura para o neonato, porém pode ter efeito depressivo sobre a mãe e a equipe. As paredes na cor branca ou bege permitem a melhor percepção da cor dos pacientes nas áreas de atendimento, porém, esta vantagem pode ser anulada por uma iluminação inapropriada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

A construção e a reforma dos ambientes de atendimento neonatal devem incluir a absorção acústica nas unidades. O nível de ruídos não deve exceder 75db e deve ser mantido, preferencialmente, abaixo deste nível. Os membros da equipe devem ter um cuidado particular de evitar a poluição sonora em ambientes restritos aos pacientes. Os ruídos devem ser monitorizados intermitentemente (DINIZ, JUNIOR E ARAÚJO, 2007).

Muitos berçários são constantemente expostos à iluminação excessiva e têm níveis de barulho acima do que é desejado. As equipes médica e de enfermagem ficam no ambiente do berçário por intervalos de horas, mas neonatos ficam por dias, semanas e, às vezes, meses. Quando se fizer necessário, é recomendada uma maior iluminação, mas que isso não seja constante. A atividade da equipe e a estimulação do bebê para alimentação ou procedimentos devem ser alteradas para propiciar ciclos diurnos e intervalos de descanso.

Um satisfatório cuidado perinatal envolve a integração de cuidados clínicos e psicológicos, que começam pré-concepcionalmente e estendem-se através da

gestação e puerpério. Uma meta importante do cuidado materno e neonatal é promover um bom relacionamento entre pais e recém-nascidos. Profissionais de saúde devem ajudar a integrar o conceito ao centro da família. O processo ideal deveria começar na pré-concepção e deveria continuar durante o pré-natal com a avaliação dos pais quanto a atitudes em relação à gestação, vida familiar, práticas de cuidados de crianças, estresse das mães, meio ambiente, e sistema de apoio disponível.

O cuidado na pré-concepção é particularmente importante, pois identifica condições que podem beneficiar a intervenção precoce. Quando uma gestação é planejada, é desejável que os futuros pais passem por um aconselhamento de pré-concepção. Os seguintes componentes podem servir como as bases para este aconselhamento: história familiar, história genética, história médica, medicamentos usados (prescritos e os de automedicação), nutrição, abuso de substâncias, fatores ambientais e história obstétrica.

Mulheres que têm cuidado pré-natal precoce ou regular têm bebês com mais saúde. O diagnóstico precoce da gestação é um importante fator para estabelecer e administrar um plano apropriado e individual, que deve considerar as necessidades clínicas, psicossociais e educacionais da paciente e sua família. A identificação de fatores de riscos é crítica para minimizar a mortalidade e morbidade materna e neonatal. Gestantes que não têm cuidado pré-natal devem ser consideradas de maior risco para doenças infecciosas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

Os primeiros minutos de vida podem determinar a qualidade daquela vida. As necessidades por respostas imediatas, organizadas e especializadas na emergência neonatal requerem regras escritas que delineiam responsabilidade pelo cuidado imediato do neonato. A hospitalização pós-parto tem vários propósitos, identifica complicações maternas e neonatais, providencia assistência profissional durante o tempo em que a mãe vai estar provavelmente mais desconfortável, promove adequado tempo para que informações sejam oferecidas, visando o desenvolvimento da competência e confiança nos pais para o retorno ao domicílio, facilitando a integração da família com o novo membro. O cuidado perinatal contínuo, iniciado no período pré-parto, deve ser reforçado durante a hospitalização para garantir que o cuidado se estenda depois da alta.

O cuidado pós-parto começa imediatamente depois do parto, na sala de recuperação, onde a mulher pode ser observada para evitar complicações. A estabilização do neonato, geralmente, ocorre dentro das primeiras doze horas

depois do nascimento. Durante este tempo, as condições do neonato devem ser monitorizadas cuidadosamente. Neonatos que parecem ser saudáveis não precisam sair de perto de suas mães por este período de estabilização, se houver, nas instalações de recuperação da mãe as condições necessárias para sua observação e suficiente equipe de enfermagem para observar e documentar o seu estado (BRASIL, 2006).

Os pais devem ser encorajados a interagir com o neonato, a menos que tal interação seja impedida por complicações. O pai ou pessoas de apoio pode estar com a mãe em todos os períodos, pré-parto, parto e pós-parto. Visitas de irmãos podem ser apropriadas no início do trabalho de parto e período de pós-parto, baseadas em rotinas institucionais. Este contato no hospital ajuda a preparar os irmãos para a adaptação com o novo membro da família.

O contato físico dos irmãos com o bebê é um tópico de dúvida corrente devido à possibilidade de transmissão de infecções virais. Se forem permitidos irmãos terem contato direto com o recém-nascido, a visita deve ser no quarto da mãe ou na área especial de visitação dos irmãos. A boa limpeza das mãos deve ser requerida e os pais devem compartilhar a responsabilidade de prevenir a exposição de seu recém-nascido para irmãos com doenças infecto-contagiosas. O contato do bebê com outras crianças que não os seus irmãos deve ser evitado. A ausência de efeitos adversos da visitação de irmãos em unidades de cuidado intensivo neonatal tem sido registrada, porém, mais estudos são necessários antes que uma recomendação geral possa ser executada.

A redução da duração da estadia materna no hospital para dois ou três dias ou talvez menos, tem comprometido oportunidades para educação. A equipe de saúde deve aceitar, entender e responder os questionamentos dos pais, apresentados durante o período perinatal e envidar esforços para assegurar que os aspectos educacionais do cuidado sejam providenciados anterior e posteriormente à hospitalização.

Para Diniz; Junior e Araújo (2007) o plano de alta deve incluir avaliação das facilidades e dificuldades da família. Os estados físico e psicológico da mãe e neonato devem ser avaliados. A mãe precisa de cuidados personalizados durante o período pós-parto, para facilitar o relacionamento saudável com o seu recém-nascido. Apoio e segurança devem ser providenciados para a mãe adquirir controle e confiança para assumir o cuidado do neonato e para adaptar-se em seu novo papel materno. Envolver o pai e encorajá-lo a participar do cuidado, pode não só prover apoio adicional para a mãe, mas também fortalecer o relacionamento pai e filho.

Em síntese podemos dizer que a assistência adequada ao recém-nascido implica no atendimento das suas necessidades mínimas de ambiente físico e de recursos humanos, exigindo experiência da equipe de enfermagem, no sentido de reconhecer desvios de normalidade potencialmente presentes. O vínculo mãe-filho deve ser respeitado em todos os momentos.

A humanização do cuidado deve ser uma preocupação constante; em termos práticos, isso significa propiciar o máximo de contato mãe-filho e redução ao estritamente necessário às intervenções. As separações desnecessárias de mãe e filho podem prejudicar o aleitamento e provavelmente alguns aspectos do cuidado posterior do neonato. Cabe destacar a importância que se atribuiu, progressivamente, ao contato físico precoce, entre mãe e filho. Embora essa postura requeira algumas mudanças na sistemática de atendimento, parece indicado que se procure instituí-la sempre que possível, respeitando as condições de saúde do binômio e o desejo da mãe.

2.3 Entendendo o Apego

O apego não é algo que se nasce sabendo, é algo que se apreende pelo exemplo e que passa de geração em geração, não porque está escrito no material genético dos seres vivos, mas sim pela experiência. Isso implica na maneira como as pessoas cuidam das crianças nas suas primeiras e fundamentais semanas de vida. Contextos sociais, emocionais e econômicos influem na qualidade do relacionamento entre mãe e filho e podem mostrar continuidade através das gerações. Isso reforça a importância da equipe responsável pelo cuidado perinatal propiciar e estimular o vínculo mãe e filho o mais precocemente possível.

Bowlby (2004) definiu apego como a relação íntima, contínua e afetiva estabelecida entre o bebê e a figura materna e que toda mulher seria capaz de estabelecer com seu filho. As idéias iniciais sobre o comportamento de apego e os efeitos da privação materna sobre o desenvolvimento e a personalidade futura da criança estão estreitamente ligadas à história da Europa nas décadas de 30 e 40. Tais ideias derivam de estudos com pacientes adultos que relataram suas experiências infantis, as quais pareciam estar interferindo em seu comportamento.

Com a Segunda Guerra Mundial, houve a necessidade de criar, em toda a Europa, instituições destinadas ao atendimento dos órfãos de guerra e das crianças separadas de seus pais. Estas instituições ofereceram oportunidades para se observar e estudar diretamente os efeitos da separação ou perda dos pais sobre o desenvolvimento social e emocional das crianças.

Após o término da guerra, foi necessária a reorganização da produção e reconstrução das cidades destruídas pelo conflito. Creches foram criadas para que mulheres pudessem deixar seus filhos, ficando livres para trabalhar pela reconstrução da Europa. O momento histórico reforçava essa tendência, entretanto, nos meios universitários, pairava o receio dos efeitos prejudiciais que a separação materna poderia acarretar sobre o desenvolvimento da personalidade da criança, receio despertado por relatórios acadêmicos sobre o assunto.

Na década de 50, John Bowlby, importante estudioso do tema, publicou um trabalho enfatizando os efeitos desastrosos da separação e do desenvolvimento infantil nas creches, instituições e hospitais. A partir desses dados, o autor postulou que, para desenvolver-se normalmente, a criança precisaria ter durante os primeiros anos de vida uma relação afetiva e íntima com sua mãe ou mãe substituta permanente.

Mais recentemente, na década de 90, o autor acrescentou que essa relação íntima, afetiva e contínua entre mãe e filho, em que ambos encontrem satisfação, é imprescindível para a saúde mental do indivíduo adulto. Várias formas de neuroses e desordens de caráter, sobretudo psicopatias, podem ser atribuídas, seja à privação do cuidado materno, seja à descontinuidade na relação da criança com uma figura materna, durante os primeiros anos de vida.

Os estudos deste autor e de outros da área de ciências humanas tiveram profundo impacto nos meios científicos e culturais da época e forneceram argumentos teóricos para que se estabelecesse uma readequação sobre o desenvolvimento de políticas de facilitação do trabalho feminino. A polêmica em torno da relação afetiva entre o binômio mãe-filho e os prejuízos acarretados na privação desta relação para o desenvolvimento biopsicossocial da criança, é definida desde longa data e continuam em pauta até hoje, suscitando inúmeros estudos, impulsionados por interesses diversos.

Parafraseando Spitz (1998) podemos dizer que o desabrochar da personalidade e da consciência da criança só pode se dar satisfatoriamente se suas primeiras relações humanas forem constantes e satisfatórias. A criança precisa sentir que é objeto de prazer e de orgulho para sua mãe, assim como a mãe necessita sentir uma expansão de sua própria personalidade em seu filho. Ambos precisam sentir-se profundamente identificados um com outro.

A maternidade e a paternidade são momentos existenciais extremamente importantes no ciclo vital, que podem dar à mulher e ao homem a oportunidade de atingirem novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade.

Durante a gravidez, inicia-se a formação do vínculo pais-filho e a reestruturação da rede de comunicação da família, ponto de partida de um novo equilíbrio dinâmico na unidade familiar.

Segundo Brazelton (2002), os fatores biológicos, tanto quanto diversas razões conscientes e inconscientes que motivam homens e mulheres a terem filhos, mesmo antes da concepção, já interferem no modo como os pais se ligarão ao bebê. De todas essas influências, as mais importantes são as necessidades narcisistas, prova de ser fértil, desejo de ser completado, capaz de criar; possibilidades de realizar ideais e oportunidades perdidas; identificação com a mãe, pai ou outras pessoas que os cuidaram na infância e desejo de renovar antigos relacionamentos. A criança é um elo entre o passado e o futuro, em que estão envolvidos o desejo de imortalidade, a garantia da preservação das características, tradições, ideais e o nome da família.

Durante a gestação, os movimentos do bebê, a ansiedade provocada pela responsabilidade, o desejo de fazer tudo certo, os sentimentos ambivalentes em relação aos antigos relacionamentos com os próprios pais e ao novo bebê, provocam nos pais períodos de retraimento, regressão e euforia. Estes aspectos precisam ser entendidos pela família e pelos próprios pais, pois é a energia necessária para as futuras adaptações. No final da gravidez, a mãe já pode perceber o feto como um ser separado dela, capaz de sobreviver e de auxiliá-la na hora do parto. A personificação do feto que ocorre nesta etapa, com a escolha do nome, os arranjos na casa e os planos que ajudam a mãe a encontrar um bebê ‘conhecido’ no momento do parto.

Por ocasião do nascimento, a mãe precisa adaptar-se e aceitar as características físicas e comportamentais individuais do seu bebê real. O pai e o próprio bebê são decisivos neste processo, podendo favorecer ou atrapalhar. O pai que participa da gravidez e do parto, além de auxiliar a mulher, diminui ou evita sentimentos de isolamento, culpa e ciúmes, comuns aos homens nesse estágio (Brazelton, 2002). Além disso, essa participação se correlaciona positivamente com o envolvimento da mãe com a criança nos primeiros quatro anos de vida e com o sucesso da amamentação. Portanto, o pai não só pode, como deve requisitar o direito de compartilhar com a mãe o cuidado, responsabilidades e prazeres com o bebê. A presença do pai sugere ao bebê que existe um mundo de pessoas e sentimento à sua volta.

Os bebês variam em uma quantidade infinita de maneiras, aparências, sentimentos, reações a estímulos, capacidades de desenvolvimento segundo seu próprio padrão de individualidade. No entanto, unanimemente ao nascer não são

tão frágeis quanto parecem e dispõem de capacidades para ajustarem-se ao mundo, mas necessitam muito da presença, do cheiro e da voz da mãe para sentirem-se acolhidos e seguros.

De acordo com Klaus e Kennell (2000) a interação do recém-nascido com as pessoas depende da permanência ou variação dos seus estados de sono e alerta. O bebê mostra uma tendência de adaptação a cada situação específica que se apresente. Os padrões particulares das mudanças de estado dependem das demandas da situação, dos recursos dos bebês e de suas características individuais. Todo recém-nascido emite sinais comuns como chorar, sorrir, mamar, apegar-se, de acordo com suas funções biológicas, com a intenção de despertar na mãe reações apropriadas, garantindo proximidade física.

Assim, pressupõe-se um ajustamento entre as necessidades do bebê e o desempenho da mãe na constituição do apego. Além do comportamento do recém-nascido de emitir esses sinais comuns, a mãe é vista como geneticamente programada para responder a eles. O bebê humano possui o mais longo período de dependência dentre todos os mamíferos. Para manter sua sobrevivência, deve aprender tudo sobre si mesmo e também as importantes mensagens e padrões que o ajudarão a se adaptar ao mundo, à família, à cultura e à sociedade. Ele precisa ser cuidado de um modo que o encoraje a este processo de aprendizado. A simples manutenção de sua sobrevivência não realizará esta tarefa (SPITZ, 1998).

O primeiro cuidado materno consiste em uma continuação das ligações da via intrauterina, com o fator adicional do toque ou contato. De acordo com Ferreira, Vargas e Rocha (1998) um momento importante para desenvolver este contato é durante o banho, onde a criança revive momentos que lhe são familiares, visto que permaneceu nove meses em contato com líquido, podendo ser acariciada, tomar conhecimento de todo seu corpo e sentir-se pertencente a alguém. Quanto mais claramente certas condições anteriores ao nascimento forem produzidas, maior sucesso será alcançado no processo de adaptação nas primeiras semanas de vida do bebê.

O recém-nascido precisa ser embalado suavemente como o era dentro do corpo de sua mãe; necessita ser carregado no colo, o que ajuda a fortalecer o senso de equilíbrio; precisa de contato íntimo com a mãe, pois esse calor substitui a conexão física anterior ao nascimento. O contato é importante para o crescimento, pois estimula a percepção e reações emocionais na criança. Naturalmente se agrega ao cuidado a providência de alimentação, higiene e todos os pormenores do cuidado físico como afagar, acariciar e cantar ou falar com o bebê (SCHNEIDER, MACHADO E COLLET, 2002).

Uma das primeiras necessidades da criança ao nascer é o choro, pois é uma forma de adaptação interna para com seu novo ambiente, já que o choro das primeiras semanas significa respiração de emergência. É necessário observar a respiração e o choro de um bebê, pois são parâmetros indicativos de satisfação das suas necessidades de oxigênio. Maldonado (2000) refere que a voz humana carinhosa é um estímulo eficiente para produzir interrupção de choro nas primeiras semanas de vida. É sugestivo que a voz carinhosa seja também um dos estímulos mais poderosos para deflagrar o sorriso de bebês neste período.

A boca de um bebê é o centro de seu universo, a via pela qual se aplaca a fome e a sede, diminui a tensão e restabelece o conforto. Através da boca o neonato experimenta o primeiro gosto importante de sua vida e a primeira posse por meio da sucção, que é um dom biológico congênito. Durante os primeiros seis meses, é a atividade mais satisfatória e completamente absorvente do bebê, a qual ele compartilha integralmente com sua mãe durante a amamentação.

Segundo Schneider; Machado e Collet (2002), a maioria dos bebês a princípio mama sem focar os olhos. Os olhos não tendem a fixar-se por mais que um momento passageiro. A medida que o ato de mamar se torna fácil e agradável, o bebê começa a demonstrar atenção ocular. A amamentação é uma prática importante que facilitará a formação do vínculo materno, pois é através do aleitamento que os laços de conhecimento e respeito mútuo vão se fortalecendo, considerando que é necessário existir o desejo da mãe em amamentar.

Os bebês precisam sentir-se seguros, compreendidos e amados como seres humanos. Bebês que não vão ao colo, não são acariciados ou que não têm cuidados maternos evidenciam hábitos de sugar em demasia, frequentemente se alimentam em excesso e, como consequência natural, surgem distúrbios digestivos. Entretanto, a mãe pode mostrar seu amor através de outras formas de atenção, como carregar ao colo, antes e durante a alimentação na mamadeira ou copinho, caso o bebê não esteja sendo amamentado por algum motivo.

Brazelton (2002) ressalta que não mais podemos olhar para um recém-nascido como se este fosse um montículo de barro pronto a ser moldado por seu ambiente. Este conceito provém dos dias em que se pensava no bebê como neurologicamente inadequado, funcionando sem o uso do córtex cerebral. Esta descrição não se ajusta a um bebê com respostas previsíveis e dirigidas. O tipo de resposta observada quando um bebê está reagindo a um adulto que está cantando suavemente em seu ouvido ou, ainda, quando responde a um estímulo auditivo ou visual atrativo comprova essa afirmação.

Já na sala de partos, quando são oferecidos estímulos positivos, o recém-nascido demonstra sua surpreendente capacidade para tornar-se alerta e prestar atenção ao seu redor. O bebê não somente responde, mas parece estar aprendendo ativamente a partir da reorientação de suas próprias respostas.

Mas apesar de toda essa capacidade de interação do recém nascido, o comportamento de apego com relação a um novo bebê não acontece da noite para o dia. Muitos pais acham tentador crer que ter um bebê e ligar-se a ele é algo instintivo e que todo o mundo está pronto para assumir o papel de pai ou mãe assim que o bebê chegar, mas isso é uma falácia. Bowlby (1996, p.58) é enfático ao dizer que *o apego é instintivo, mas não é instantâneo e automático e deve ser visualizado como um processo contínuo, aprimorado a cada dia.*

Para o bebê, o princípio do prazer deve predominar. Os cuidados paternos que uma criança recebe em seus primeiros anos de vida são de importância vital para a sua saúde mental. Nos primeiros meses de vida o bebê não deveria sofrer restrições dos cuidados maternos, pois isso lhe causa exagerada tensão e se os efeitos de tais experiências não são habilmente neutralizados, podendo resultar em perturbações do comportamento. Bowlby (1996, p. 65) define privação materna como *a situação na qual uma criança não encontra uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe natural ou mãe substituta.* Nos casos em que a privação materna é inevitável, esta poderá ser suavizada se a criança passar a ser cuidada por alguém que ela já conhece e confia, mas pode ser acentuada se a mãe substituta, embora afetuosa, for uma estranha.

Os efeitos perniciosos da privação variam de acordo com o grau da mesma. Segundo Bowlby (2004) a privação parcial traz consigo a angústia, uma exagerada necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e em consequência culpa e depressão, resultando em distúrbios nervosos e numa personalidade instável. A privação total tem efeitos maiores sobre o desenvolvimento da personalidade e pode mutilar totalmente a capacidade de estabelecer relações com outras pessoas.

Relações insatisfatórias na primeira infância predispoem as crianças a reagirem mais tarde de forma anti-social diante das tensões. Os bebês de três a seis meses precisam ver sua mãe e ouvir sua voz em intervalos frequentes, para terem a sensação de proteção e para não se sentirem abandonados. Essa necessidade de ter a presença da mãe vai diminuindo a partir de quando a criança começa a se mover, estender os braços, agarrar, sentar e colocar a mão na boca, conseguindo assim tolerar breves períodos de ausência de sua mãe, o que ocorre por volta dos seis meses.

Corroborando, Maldonado (2000) diz que as crianças que sofreram privação da mãe na primeira infância podem mostrar comportamento impulsivo e descontrolado porque são vítimas de caprichos momentâneos; são também incapazes de aprender com experiências devido à dificuldade de desenvolver o raciocínio abstrato, resultando em imaturidade. Os bebês que sofrem privação materna prolongada podem deixar de sorrir para um rosto humano ou de reagirem quando alguém brinca com eles, ficando inapetentes ou, apesar de serem bem nutridos, não engordando. Dormem mal e não demonstram iniciativas, podendo também apresentar atraso na fala e suscetibilidade a infecções.

No caso de uma criança que durante um ou dois anos teve uma relação com a mãe e depois sofreu privação, é comum que capacidades já adquiridas sejam perdidas. Em tal circunstância, as crianças frequentemente regridem a formas mais infantis de pensar e de se comportar, encontrando muita dificuldade para crescer normalmente. A privação nesta fase, provoca atitudes hostis, manifestadas através de birras, sendo explicada como a forma da criança liberar sua raiva e violência diante de tal situação, o que pode gerar graves conflitos íntimos, angústia, depressão, tornando-se um obstáculo à aprendizagem social futura. As ligações são calorosas, mas superficiais com qualquer adulto que se aproxime. Há uma excessiva solicitação da mãe substituta, intensa possessividade, insistência em ter as coisas à sua maneira, ciúmes extremo, acessos de raiva, podendo apresentar reação hostil à mãe ao reunir-se novamente a ela, que por vezes toma a forma de recusa em reconhecê-la.

Bowlby (2004) refere que após a experiência de privação, a criança reluta em entregar novamente seu coração a alguém, para evitar ser novamente ferida. Em consequência, perde a capacidade de estabelecer relações afetivas e identificar-se com pessoas amadas, mas seu desejo de amor persiste, embora reprimido, resultando em comportamentos negativos, tais como: relações sexuais promíscuas, furtos, sentimentos de vingança e atos antissociais.

No decorrer do segundo e terceiro anos de vida, a reação emocional à separação é igualmente séria e, além disso, as mães substitutas podem ser completamente rejeitadas, ficando a criança inconsolável por vários dias, num estado de desespero e agitação. Recusa tanto o alimento como a ajuda; apenas a exaustão a leva ao sono. Depois de alguns dias, a criança fica mais quieta e pode cair em apatia.

A privação após a idade de três ou quatro anos, não tem os mesmos efeitos destrutivos sobre o desenvolvimento abstrato, contudo, tem ainda, como

resultado uma necessidade excessiva de afeto e exagerados impulsos de vingança que provocam um agudo conflito interno, infelicidade e atitudes sociais muito negativas.

É mister destacar os efeitos deletérios da privação materna no desenvolvimento físico, emocional e social da criança. A carência afetiva aparece como uma síndrome característica das crianças que, por razões diversas, tiveram interrupções dos cuidados maternos nos primeiros anos de vida. A criança vítima da falta de cuidados afetivos como amor, carinho, atenção, pode apresentar efeitos irreversíveis sobre o caráter, que aparecem tardiamente em forma de comportamento delitivo. As consequências adversas do desenvolvimento infantil surgem das situações em que a estimulação materna foi insuficiente

Separar uma criança com menos de três anos de sua mãe é uma operação muito séria devendo ser evitada sempre que possível e, quando realizada, deve ser planejada com muita cautela. Quando houver necessidade de separação do binômio mãe e filho, é conveniente que a mãe substituta esteja ciente que a criança sentirá falta da mãe natural, especialmente na hora de dormir e que ela ficará mais dependente, exigindo mais atenção. A mãe substituta não deve ficar aborrecida, caso a criança a descarte quando a mãe natural retornar e, esta deve estar preparada para encontrar, no seu retorno, o seu filho transformado.

É sugestivo proporcionar um período de transição de alguns dias, antes da separação. A criança não deve ser deixada de forma alguma com pessoas que não conhece, dando-se preferência em deixá-la aos cuidados de parentes e vizinhos. A criança pode extrair um grande conforto de cartões postais e pequenas lembranças mandadas pela mãe com a reafirmação de que ela voltará brevemente; os brinquedos preferidos terão um valor especial neste período de separação.

Neste contexto de privação Brazelton (2002) lembra que uma outra situação que pode trazer consequências futuras para o bebê é a falta de relacionamento com o pai no início da vida. O que pode deixar um vácuo penoso nos sentimentos da criança. Para o pai a recepção de um bebê em sua vida causa medos e receios, visto que a gravidez de sua mulher pode gerar perturbações de ordem emocional. É uma situação nova que exige mais responsabilidade e disponibilidade para dividir o seu espaço com um novo ser.

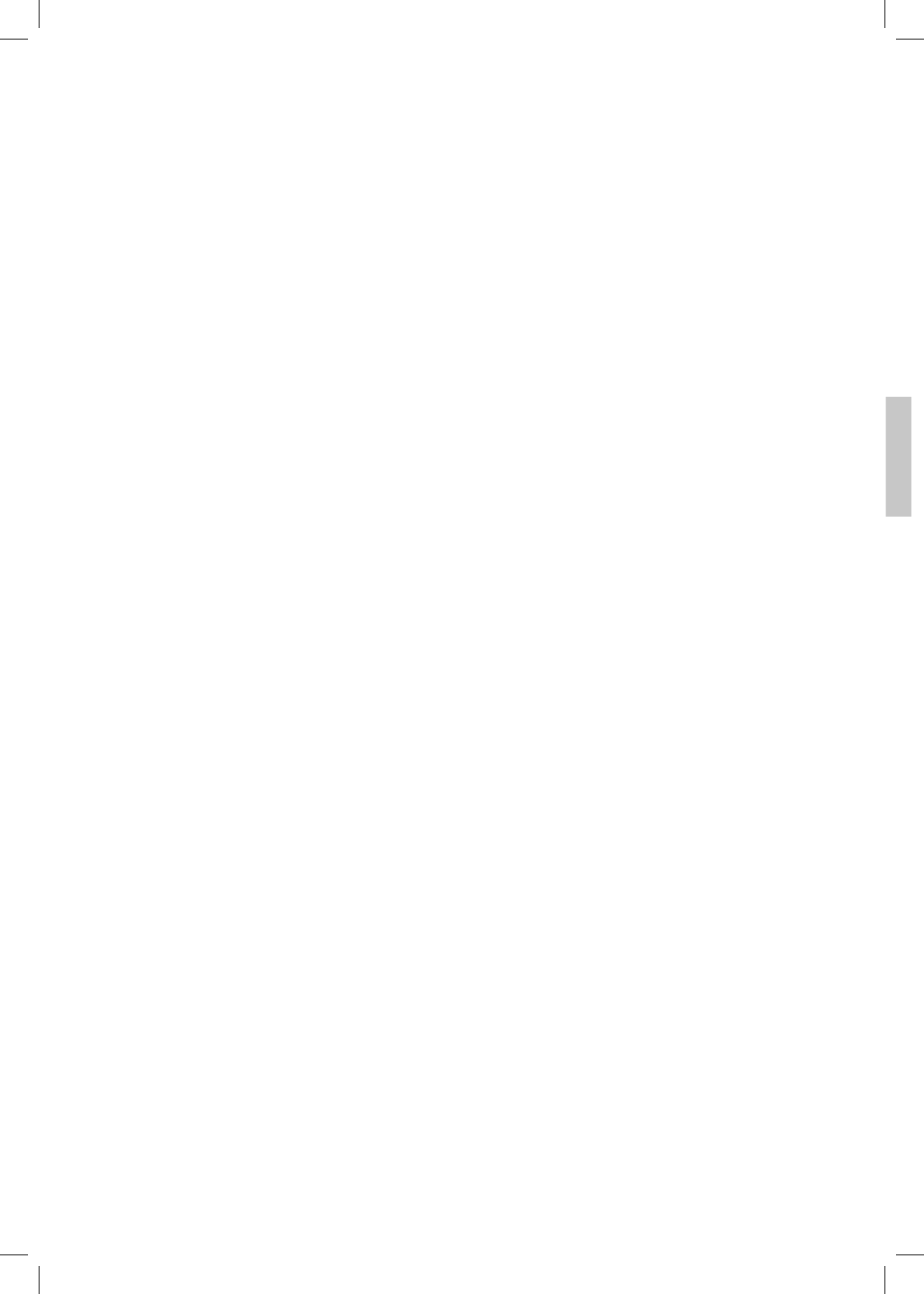
Existem diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento mental, emocional, social e físico da criança. A presença da família é de especial relevância no processo de desenvolvimento do indivíduo, pois caracteriza o primeiro ambiente social com o qual o bebê tem contato. O amor materno que uma criança necessita

é facilmente encontrado no núcleo familiar e extremamente difícil fora do mesmo. O afastamento familiar é uma questão ampla e complexa e requer habilidades dos profissionais das várias áreas que lidam com crianças que por alguma razão encontram-se separadas de suas referências familiares. Tudo vai depender da qualidade relativa do lar e da instituição que recebe estas crianças; de qualquer forma, é salutar considerar que um lar insatisfatório ainda é melhor do que um lar inexistente.

A família tem o papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico dos indivíduos, sobretudo no período da infância e adolescência. É através da família que a criança se integra no mundo, aprende a canalizar seus afetos, avaliar e selecionar suas relações, receber orientações e estímulos para ocupar um determinado lugar na sociedade (MALDONADO, 2000).

É preciso reconhecer que a família é uma instituição bem mais estável do que muitas outras e, de maneira geral, dentro de qualquer modelo de família existe sempre o vínculo afetivo. Um erro extremamente comum tem sido acreditar que quando se afasta uma criança de seu lar, ela o esquece e começa tudo de novo. Isso não é verdadeiro, pois as crianças não são objetos aos quais o passado pode ser apagado com uma esponja, e sim seres humanos que carregam suas experiências anteriores e cujo comportamento presente é profundamente influenciado pelo passado.

O que se deve ter é consciência da importância de melhorar as condições familiares, a fim de manter as famílias unidas, ao invés de retirar as crianças de lares insatisfatórios, visto que as tentativas de tirar uma criança de um ambiente familiar comprometido, oferecendo-lhe novos padrões, frequentemente são inúteis, pois bem ou mal, é a seus pais que ela dá valor e é com eles que ela se identifica.



3 Os Preceitos do Comportamento de Apego

3.1 A Teoria do Apego

A origem do termo apego é datada no século XII, e o sentido etimológico do verbo significa ligar ou estabelecer um laço em direção a um pilar. Rousseau, filósofo francês do século XVII, foi o primeiro a usar o termo relacionado ao vínculo mãe e filho. Seus escritos sobre apego demonstram preocupação com o amor materno. No século XX este tema passou a ser de interesse de vários estudiosos, um dos principais foi John Bowlby, que na década de 60, definiu o apego como um forte laço entre duas pessoas, marcando uma fronteira na evolução do conceito. Apesar disso, o autor apenas descreveu o processo de apego da criança para os pais, mas a definição ajudou a clarificar o processo recíproco de apego dos pais para a criança. As pesquisas, a partir dessa perspectiva, produziram evidências prováveis que a criança, segura do apego dos pais, desenvolve uma saudável imagem própria, o que influencia os relacionamentos posteriores de sua vida.

Na década de 70, Klaus & Kennel foram os primeiros a focar a perspectiva da mãe a respeito do relacionamento de apego. A definição do conceito destes autores resistiu através do tempo e foi usada repetidamente na maioria das pesquisas que trabalharam a relação de apego mãe-filho.

Segundo Schroeder (1998), o processo de ligação interna para com a criança, provém da motivação em alcançar competência e satisfação no papel materno e começa durante a gravidez, conduzindo ao apego no pós-parto. O apego pode ser entendido como o processo interativo que resulta em experiência satisfatória e

confiança no cuidado da criança. Baseado nessa definição, tem sido desenvolvido um modelo teórico de indicadores do apego que salientam a conexão entre o apego e competência materna.

O apego é um processo de interação que inicia com a familiarização. A familiarização é à base de todas as relações humanas, e corresponde ao primeiro passo no processo de desenvolvimento do apego; a impressão de conhecimento favorece a criação de um forte laço. O apego é caracterizado pela procura e manutenção de proximidade; a reciprocidade entre as trocas verbais e não verbais. O prazer e o sincronismo entre as interações servem como catalisadores para o favorecimento da exploração do relacionamento e sua evolução em direção a um apego duradouro. Contatos precoces e extensivos capacitam os pais a começar a familiarização com suas crianças. Alimentar, abraçar, embalar, preservar e prolongar o contato visual são oportunidades para a interação com a criança, favorecendo o desenvolvimento do laço afetivo (Schroeder, 1998).

Pais usam a sensibilidade e a motricidade para interagir com o filho; o toque e o início do contato visual são poderosos para a comunicação com a criança. O choro, o sorriso, a avidez e preservação de contato visual estão entre os comportamentos de apego que a criança exhibe para manter a proximidade com seus pais e expressar suas necessidades. A habilidade dos pais e da criança em se comunicar é um delicado e necessário elemento para o bom relacionamento. A reciprocidade é um processo de adaptação do relacionamento, que conduz para uma série de comportamentos de satisfação mútua; baseados nos sinais que a criança emite, os pais adaptam-se para incitar uma positiva relação com seus filhos.

Pais que desenvolvem a sensibilidade de reconhecer as maneiras particulares de suas crianças se comunicarem, responderão apropriadamente com sorrisos, vocalizações, toques e beijos. Os pais reagem por reconhecer os sinais que são emitidos por suas crianças. Durante esse período, a criança pode tentar chamar a atenção dos pais fazendo sons e inclinando-se para frente e para trás. Os pais que são sensíveis a essas insinuações responderão e aprenderão que certos comportamentos podem manter a atenção da criança. O sistema de retroalimentação envolve um complexo modelo, no qual os pais aprendem a reconhecer sinais de apego de seus filhos e, deste modo, aprendem a responder de maneira sensitiva.

O apego envolve um estável e permanente relacionamento, no qual os pais sentem responsabilidade, comprometimento, disponibilidade física e emocional para com seu filho. Com o passar do tempo, isso garante ao filho um lugar na família e na sociedade. A existência de comprometimento significa a colocação de si

próprio numa situação que crie responsabilidades, o que implica em certas escolhas. Os pais sentem-se responsáveis pela segurança, crescimento e desenvolvimento de suas crianças. Eles compreendem que não são apenas as suas ações que têm impacto no desenvolvimento, mas que o ambiente no qual eles educam seus filhos também causa efeito. É essencial que o lugar da criança seja o centro da vida e da família dos pais.

Nos primeiros meses de vida de uma criança, é essencial que os pais estejam atentos também à necessidade de criar uma suficiente separação, de modo que não impeça a individualização da criança. A criança é diferenciada pelo modo como suas necessidades são satisfeitas e respondidas. O apego deixa espaço para períodos de ruptura e desligamento. Acredita-se que a habilidade da criança em desligar-se constitua um autêntico sinal de apego seguro. Para Lecanudet e Fiffer (1996) a ansiedade de separação é experimentada quando o comportamento de apego é ativado e não pode ser consolidado, a menos que a reunião entre a mãe e o filho, seja restabelecida. A ansiedade da separação excessiva normalmente é causada por experiências familiares adversas, como ameaças repetidas de abandono ou rejeição por parte dos pais, ou por morte ou doenças dos pais pelas quais a criança sente-se responsável.

Waters e Stony (1998) reforçam que as crianças procuram primeiro segurança e, somente quando elas sentem-se seguras é que elas podem ser alimentadas. Assim, sempre que um bebê nasce, ele é pré-programado para lidar com o ambiente. Pressões evolutivas favorecem os bebês que tentam atingir e manter proximidade com a figura que os protege, chamada figura de apego, geralmente a mãe do bebê.

Segundo Payne e Hemperly (2000), o apego é mediado através do comportamento observável discreto, como: sorrir, chorar, aproximar, agarrar. Cada e todo comportamento tem como resultado previsível a proximidade crescente com o cuidador. O lugar de honra na Teoria de Apego é determinado pela função biológica do comportamento. Na tentativa de explicar o que é função biológica, Garelli (1999) diz que, sob certas condições ecológicas, a seleção natural favorece indivíduos que investem na educação e cuidado infantil. Quando os pais protegem a sua descendência, na verdade estão protegendo os seus próprios genes. Durante a evolução, fortes pressões de seleção natural levaram os indivíduos a discriminar entre o seu descendente e outro jovem, imprimindo um fenômeno filial, e é por meio desse fenômeno que o jovem depressa aprende a reconhecer os seus pais. Enquanto mantém proximidade com seus pais, evita contato mais íntimo com qualquer outra família.

Corroborando, Ainsworth (1997) diz existir a necessidade precoce de discriminar os pais entre outros membros da mesma espécie; os pais também discriminam a própria descendência entre outros jovens da mesma espécie e podem desprezar outro jovem que não sejam os seus próprios filhos. Ambas as pressões seletivas, proteção de depredação e impressão filial contribuem de modo importante à formação e fortalecimento dos laços de apego, servindo ao propósito de obter e manter a proximidade entre jovem e pais.

O sistema de comportamento de apego de uma criança humana fica aparentemente observável através de sorrisos e choros e possui um significado funcional, que serve para ativar comportamentos maternos e trazer o adulto em proximidade com a criança. Agarrar, chupar, seguir, aproximar são comportamentos por meio dos quais os infantes buscam proximidade e contato. Desde o nascimento, este comportamento é coordenado e focalizado na mãe, ou na figura de apego, formando a base do apego. A criança é ligada a quem tem maior interação, geralmente a mãe. Durante o desenvolvimento, a criança busca cada vez mais efetiva proximidade com a figura preferida dela.

Garelli (1999) refere que quando a criança alcança a locomoção, um novo sistema de comportamento é ativado: o comportamento exploratório. A exploração do ambiente contrasta com o apego. A relação da criança e sua mãe funciona como mantenedora de um equilíbrio entre ambos os sistemas. Um das funções mais importantes do comportamento de apego é intervir nas excursões do bebê no ambiente, em resposta a uma variedade de potenciais eventos perigosos, desativando assim o sistema exploratório e ativando o sistema de apego que busca proximidade com a mãe. A criança não somente aproxima-se de seu cuidador em resposta aos estímulos externos perigosos, mas também faz assim para conferir a disponibilidade e atenção do cuidador, numa atividade de monitoramento permanente. Depois de conferir a disponibilidade da figura materna, a criança volta a brincar novamente. Este padrão de comportamento é referido como o bebê que usa a sua mãe como um porto seguro.

A impressão é o processo pelos quais vários tipos de preferências podem ser determinados pela experiência. De acordo com Hind (2000) o aprender está envolvido em tal processo; a aprendizagem está programada geneticamente de forma que os animais podem aprender em períodos sensíveis específicos e possuir capacidades de aprendizagem específica neste momento. Por exemplo, na impressão filial, os jovens de várias espécies aprendem a reconhecer as suas famílias, especialmente a mãe.

A impressão filial envolve um estreitamento de preferências pré-existentes. No ambiente de adaptações evolutivas, a impressão não só reduz o número de indivíduos que provavelmente serão chegados à criança, como influencia a criança, para quem escapar em momento de perigo, para quem buscar proximidade e comida. A impressão filial serve para proteção da depredação da descendência e contribuem de modo importante à formação e fortalecimento de laços de apego, servindo ao propósito de obter e manter proximidade entre pais e jovens. Em todas as espécies, com exceção da espécie humana, mais indivíduos morrem, em cada geração, do que sobrevivem à idade de reprodução. Para umas espécies típicas, números têm que permanecer relativamente constantes de geração para geração, caso contrário, o total de criaturas vivas aumentaria ano após ano. Seres humanos têm a taxa natural mais lenta de aumento que qualquer criatura viva (GARELLI, 1999).

Qualquer indivíduo com tendência genética para viver ao redor de outros animais pode sofrer mais baixa depredação, e assim, pode deixar mais sobreviventes da descendência. Os benefícios do agrupamento social vão além da defesa contra predadores. Os muitos recursos que são empregados para a defesa de inimigos são da mesma maneira favorecedores da reprodução crescente. A procura por comida, ou construção de ninhos ou abrigos, a penetração em territórios novos, as alterações de ambiente, são situações que se beneficiam da cooperação. Portanto, em algumas espécies a atividade de predadores, às vezes, pode prolongar o cuidado paternal até a puberdade ou mesmo a maioridade.

Sintetizando, podemos dizer que o cuidado paternal é considerado complementar para o apego. Resulta da evolução do sistema de comportamento dos pais, para comportarem-se de tal modo, que respondam ao comportamento de apego da descendência. Suponha que um indivíduo adulto ofereça à descendência cuidado paternal indiferente e imparcial; isso representa perda na próxima geração.

3.2 Apego Pré-natal

A literatura salienta a importância do apego pré-natal ser reconhecido e estimulado. Segundo Bell (1999), os acontecimentos considerados como pré-requisitos para o estabelecimento do apego incluem: apego prévio, condição física e psicológica, aceitação da gravidez e do bebê e ambiente favorável. É usualmente durante a gravidez que o casal reflete o que receberam de seus próprios pais. Para os pais serem capazes de ter sensibilidade e harmonia no relacionamento com o filho, eles devem ter desenvolvido algumas capacidades e devem aceitar as emoções associadas com sua própria infância.

O desenvolvimento do apego entre pais e filhos tem origem no desejo da gravidez. Os movimentos fetais, imagens de ultrassom, o parto, o primeiro sorriso do bebê, são todos oportunos momentos para consolidar o desejo pela criança. Pode haver flutuação entre a aceitação e rejeição da criança, mas isso não deve persistir por muito tempo, principalmente depois do nascimento. Uma gravidez não planejada ou a rejeição do bebê podem comprometer o apego entre os pais e a criança. A criança pode ser rejeitada pelo que representa, por alguma anomalia física, por diferenças entre o ideal antecipado de um bebê e o atual. O risco da rejeição pelos pais e o desenvolvimento de um laço precário, podem tornar inconsistentes as mensagens enviadas para a criança, o que pode conduzi-la a internalizar um modelo cujo mundo é imprevisível.

De acordo com Bell (1999), o apego é evidenciado pela construção de ligações harmoniosas entre os pais e a criança. Uma vez estabelecida, essa ligação torna-se indestrutível. Os pais desenvolvem um laço emocional com seus filhos através de uma variedade de caminhos, procuram e mantêm uma solidez com a criança e são capazes de reconhecer características particulares de seu filho. Sentem responsabilidade para com o seu crescimento e desenvolvimento, têm reais expectativas e sentem competência para cuidar do filho.

É importante considerar o contexto no qual ocorre a interação entre pais e criança. A criança precisa separar o campo emocional criado por estes, que é constituído de todos os visíveis e invisíveis elementos da vida dos mesmos. O apego é um processo que se estende além do trinômio criança, mãe e pai, está embutido em uma larga unidade emocional, composta pela família e o meio social. A família é o contexto no qual laços íntimos entre pais e criança são estabelecidos. Um meio favorável para o desenvolvimento da conexão do apego necessita da sensibilidade dos pais, além da adaptação saudável do recém-nascido, o que também contribui para a criação de um meio propício ao desenvolvimento do apego na rede social.

Segundo Cashdan (2000), inicialmente, a criança era vista como incapaz de estabelecer contato com o mundo externo; categóricas provas de tendência inata da criança para a socialização surgiram derrubando essa ideia. Um mecanismo inato sumamente complexo e mais geral que o mecanismo de idioma, pressagia a inteligência cooperativa de adultos e funciona já na infância precoce. As respostas das crianças para pessoas são diferentes das respostas para objetos. Exemplos de coordenação extremamente íntima de rudimentares vocalizações de prazer ou excitação do bebê em relação à conversa materna são vistos em todos lugares. Neonatos sincronizam movimento com a fala da mãe, deixando implícito que está entranhado por passiva imitação para ajustar ao comportamento materno. A

sincronia não está como regra, mas por mútua regulação da criança. Normalmente, os atos alternam-se ou complementam-se um ao outro. Uma descrição correta desse comportamento, para capturar sua complexidade, está em termos de intencionalidade mútua. Qualquer um da díade pode iniciar uma exibição ou ato de expressão e ambos sustentam o ato para um compartilhamento e trocas de iniciativas.

Para as crianças compartilharem controle mental com outras pessoas elas têm que ter duas habilidades. Primeiro, devem poder exibir ao outro os rudimentos de consciência individual e intencional. Este atributo de agir é chamado subjetividade. Segundo, devem poder adaptar ou ajustar este controle à subjetividade dos outros; eles também têm que demonstrar intersubjetividade. Este tipo de compartilhamento começa bastante tarde, aproximadamente na 25^a semana de idade pós-natal, progride e enriquece a extensão da atenção até o início da fala em torno de 15 a 18 meses. Atos de processos subjetivos incluem atenção em coisas focalizadas, controle e exploração de objetos; o gesto de apontar e o ato de seguir o outro na linha da visão está entre os primeiros atos públicos que permitem conclusões sobre o compartilhar de atenção (CASHDAN, 2000).

A Comunicação intersubjetiva significa uma fase pré-verbal do desenvolvimento e requer atenção, intenções e estados afetivos compartilhados; a parte não verbal da comunicação humana está presente antes que a criança possa falar. A intersubjetividade nos força a reformular concepções sobre a comunicação humana; seres humanos entendem-se uns com os outros intimamente em muitos níveis.

Colucciello (1998) afirma que o apego emocional da mãe com o filho começa a ser desenvolvido já desde o primeiro trimestre de gestação e progride por toda a gravidez, reestruturando a rede de intercomunicação da família, ponto de partida de um novo equilíbrio dinâmico na unidade familiar. Benoit (1997) evidencia a forte relação entre ambos, considerando que esta não é definitiva, mas com considerável significância. Indicando assim, que as intervenções favorecedoras da formação e manutenção do vínculo afetivo na díade mãe e filho devem ser estimulada desde o período pré-natal.

Corroborando com a ideia de relação entre apego pré-natal e pós-natal, Mülher (1996) afirma que o apego pré-natal exerce influência no apego pós-natal, mas que não é uma influência direta e que ambos podem ser influenciados por características maternas e ambientais, como: imagens mentais do apego materno, a própria experiência de apego, ou o estado psicológico geral da mãe.

O importante é que a enfermagem, ao assistir ao binômio, mãe e filho, devem focalizar o cuidado em circunstâncias individuais de cada mulher. Atividades de enfermagem específicas incluem explorar com a puérpera a experiência particular dela em cuidar do bebê, promover sentimentos de autoestima da mulher, tranquilizar que o apego é um processo longo da vida, transmitir informação ajudará aliviar o medo e aumentar a confiança da mulher na habilidade de ser uma boa mãe.

A enfermagem promoverá positivas relações mãe-criança continuando a prática de enfermagem centralizada na família. Pois observamos que além da existência da correlação entre apego pré-natal e pós-natal, existe a influência de outras variáveis que interferem no estabelecimento da ligação afetiva entre o binômio mãe e filho. Fica evidente o quanto a enfermagem pode contribuir para o processo de desenvolvimento precoce do apego. O crescente interesse pelo tema nas últimas duas décadas, período de descobertas singulares, gera demanda de implementações e da continuidade de investigações científicas.

3.3 Apego Neonatal

Iniciamos a apresentação do tema apego neonatal com o estudo Shah (1996), que apoiam a hipótese de existência de um período sensitivo imediatamente após o nascimento, também chamado de período crítico, no qual o contato intensificado da mãe com o bebê, aumentaria a prontidão de aceitação desta mãe e facilitaria o ajustamento da díade e a prontidão do bebê. O período das primeiras horas e dias depois do parto é considerado facilitador da vinculação mãe-filho. Segundo a autora é consolidado que o vínculo materno emerge da interação ajustada ao longo dos primeiros meses, a quantidade e a qualidade do contato mãe-filho nas primeiras horas após o parto parecem ser de especial importância, pois mulheres que tiveram contato ininterrupto com seus bebês durante as primeiras horas pós-parto mostraram comportamento mais afetivo nos dias subsequentes.

Mães e filhos ajustam-se fisiológica, hormonal e emocionalmente, respondendo um ao outro em níveis sensoriais e sociais, que servem para manter o par unido. Em situações naturais, as mães tendem a levar em conta os sinais dos bebês e a estimulá-los de modo a adormecê-los, em caso de indicadores de cansaço, irritação ou para facilitar o estado de alerta tranquilo, através de contatos físicos carinhosos, fala e troca de olhares.

Os problemas decorrentes da falta de contato da mãe com o filho neste período sensitivo para a consolidação do apego, vêm sendo investigados intensamente

nas últimas décadas, e apesar do enorme progresso decorrente destas pesquisas esclarecendo a importância do período neonatal para o seu desenvolvimento, parece existir em diversos setores uma falta de assimilação destes resultados. A aplicação do conhecimento sobre a importância das experiências iniciais neonatais no desenvolvimento do bebê tem sido feita de maneira fragmentada e parcial.

O estudo de Montoury (2000) teve como objetivo observar a interação imediata pós-parto de mães e recém nascidos e a conceituação do cenário considerado como positivo para o estabelecimento do vínculo afetivo. Foi estabelecido o contato pele-a pele entre mãe e recém-nascido, imediatamente após o parto, e as interações mãe-criança foram gravadas durante pelo menos uma hora. Foram também feitas observações periódicas durante o primeiro ano de vida destas crianças. E por fim, aos 12 meses de idade, foi realizado teste de situação estranha, que consiste em avaliar as reações da criança, fora de seu ambiente familiar, frente a determinadas situações. Como resultado foi observado que o recém-nascido busca contato com sua mãe imediatamente depois do parto, e o mais importante, que o estabelecimento desta conexão social é a única atividade na qual o recém-nascido especificamente está interessado.

Este é um período crucial, curto, durante o qual o indivíduo aprende um comportamento ou uma sequência de comportamentos em nível muito rápido. Este é o período crítico para a instalação de um relacionamento com a sua mãe; a privação ou restrição de contato entre mãe e recém-nascido, neste período, poderá retardar excessivamente o estabelecimento do comportamento de busca de proximidade, e a formação positiva do vínculo afetivo-cognitivo.

Segundo Montoury (2000) o bebê mostra sinais inconfundíveis de tranquilidade somente em fitar a mãe, repetições da filmagem em lentos movimentos mostraram que as divergências mínimas do olhar da mãe provocam um certo grau de angústia. Curiosamente, luzes, barulhos estridentes, vozes que emanam do ambiente parecem ter pequeno ou nenhum impacto nestas precoces interações entre mãe e filho. As mães normalmente sentem-se propensas a estimular seus bebês, acariciando a testa e as bochechas, falando com eles, normalmente sussurrando, mesmo não extraíndo nenhuma resposta do bebê. Isto normalmente ativa um espiral de avaliação positiva que conduz a díade a intensos, frequentes intercâmbios de expressões, principalmente faciais, como sorrisos, gesticulações, imitações, vocalizações e outros movimentos de sobrelance e pálpebra, movimentos de cabeça como se jogando esconde-esconde, fazendo beicinho, esfregando, tremendo o corpo inteiro, enrijecendo e relaxando a mão, pernas e corpo inteiro, entre outros. Por fim, o estudo mostra ainda as diferenças

significantes relativas às formas de relacionamento mãe-criança de díades que foram separadas depois do nascimento e o impacto que este procedimento pode ter na vida da criança.

Segundo Fleming e Kraemer (1998), o comportamento sincronizado entre mãe e recém-nascido promove resistência fisiológica e imunológica, maturação física, desenvolvimento social e emocional, aumenta a probabilidade de sobrevivência do jovem e propicia ao jovem prosperamente criar a sua própria descendência. A capacidade de expressar comportamento materno na maioridade pode depender de mecanismos que foram ativados por experiências precoces. Experiências maternas adquiridas no precoce contato com as crianças influenciam a vontade da mãe em preocupar-se com o filho. E em muitas espécies de primata, inclusive humanos, experiências prévias de fêmeas em segurar e cuidar de crianças durante a adolescência podem ter efeitos profundos depois do nascimento de seus próprios filhos, assim como experiências maternas no pós-parto também podem afetar a responsabilidade subsequente das mães.

Na maioria dos mamíferos, os hormônios que ativam responsabilidade materna para com o filhote, geralmente são ativados na hora do parto, além de outras substâncias que também são libertadas e sintetizadas neste momento. A ocorrência deste mecanismo neuroquímico facilita as mudanças no cérebro que estão envolvidos no processo de reconhecimento da descendência.

Segundo Fleming e Kraemer (1998) sob a influência de determinados hormônios pós-puerperal, ovelhas podem alimentar qualquer cordeiro, mas rapidamente aprendem a reconhecer o próprio cordeiro pelo odor. Mães humanas também reconhecem o odor, gritos e características táteis de suas próprias crianças, mesmo com exposição muito breve da criança durante os primeiros dias de pós-parto. As mães que precocemente alimentam suas crianças e que mantêm suas faces em proximidade íntima com a sua, conseqüentemente adquire mais estímulos olfatórios e são, em ambos casos, mais atraídas para os odores do corpo de suas crianças, reconhecendo-as mais facilmente.

A capacidade de aprendizagem materna varia com a frequência, duração de exposição e intervalo entre exposição e teste. Se as novas mães forem separadas de seus filhos sem que seja permitido alguma interação entre eles, a responsabilidade materna delas declina durante a primeira semana de parto. Porém, se for permitido ao menos duas horas de contato com o filho um dia pós-parto, a mãe mostrará resposta materna muito ativa nos dias seguintes. A qualidade da experiência neonatal pode afetar o comportamento posterior com a própria descendência. A

forma de criação de um indivíduo interfere no comportamento dele referente à maternidade na vida adulta. Entre humanos há frequente semelhança entre as gerações no comportamento materno.

Kendrick (1998) também relaciona o controle neural do comportamento materno com o reconhecimento da descendência. Segundo o autor, há muitos tipos diferentes de comportamento materno exibidos por mamíferos que são dependentes do habitat deles e da condição desenvolvida no nascimento. Alguns mamíferos nascem quase completamente desamparados, surdos e cegos e deficientes de controle motor e de temperatura regulada, chamados de mamíferos altriciais. A descendência requer então não só uma quantia grande de cuidados da mãe em termos de alimentação, mas também de provisão de um ninho, fazendo com que eles sejam cuidados neste ninho até que desenvolvam controle motor suficiente. As mães desses filhotes (por exemplo, ratos, coelhos, porcos, gatos e cachorros) também lambem a descendência para estimular a diurese e defecação e normalmente são muito agressivas com intrusos.

O outro tipo de cuidado materno é exibido por mamíferos precociais, estes principalmente representados por ovelhas, cervos, cabras, cavalos, vacas, cangurus, animais silvestres, animais que pastam e que normalmente vivem em grupos sociais grandes e constantemente estão em movimento à procura de comida. Para estes, é claramente importante que a descendência nasça com relativo amadurecimento do sistema sensorio-motor, podendo estar de pé rapidamente e ficar móvel para manter o ritmo do rebanho. A mãe tem um papel importante, encorajando e amparando o filhote a levantar e caminhar. A descendência destas espécies também deve poder manter a própria temperatura do corpo porque ninhos não são usados; porém, a mãe faz um papel crucial lambendo e secando a descendência recém-nascida, tão depressa quanto possível para prevenir morte por hipotermia (KENDRICK, 1998).

Em distintos mamíferos, a concentração hormonal muda significativamente durante a gravidez. Segundo Nowak e Pierre (1999), o cordeiro recém-nascido usa todas as modalidades sensoriais para interagir com sua mãe, que pelo cuidado materno dispensado, como lamber, berrar e transmitir calor estimula o cordeiro a levantar-se e a procurar o úbere dela. Sugar rapidamente e ser bem sucedido na amamentação são essenciais para o desenvolvimento da fisiologia, do comportamento e da sobrevivência do cordeiro. Do ponto de vista do comportamento, sugar a teta logo após o nascimento têm propriedades recompensadoras e fortes no estabelecimento de uma preferência para a mãe.

O estudo de Nowak e Pierre (1999) revela que o desenvolvimento de uma relação preferencial com a mãe no primeiro dia de vida pode ser ativado por um sinal gastrointestinal do neonato, como a amamentação. O desenvolvimento coordenado da relação mãe-prole é essencial para a sobrevivência do neonato em muitas espécies. O comportamento materno na ovelha é evidenciado já no começo do parto e resultando no cuidado do cordeiro. Estes comportamentos são dirigidos à formação do apego entre a ovelha e cordeiro. De acordo com Dwyer et al.(1998) os hormônios ovarianos fazem um papel fundamental na gestação e no cuidado materno, eles promovem a síntese de oxitocina e endorfina em várias regiões do cérebro, associadas à expressão de comportamento materno. Doses farmacológicas altas, seguidas de exposição prolongada a cordeiros recém-nascidos, são suficientes para produzir comportamento materno em algumas ovelhas que não passaram por esta experiência.

Corroborando, Sevi et al. (1999) apresentam evidências de que os estímulos orais e olfatórios desempenham um papel importante no desenvolvimento do comportamento social do neonato. Winber e Porter (1999) também destacam a inigualável relevância do odor do peito materno para o recém-nascido e enfatizam as respostas das crianças recém-nascidas para odores naturais que emanam dos peitos da mãe. Naturalmente, odores que guiam a criança ao mamilo, promovem uma base para o reconhecimento individual precoce da mãe e influenciam o estado de comportamento do bebê.

A região do mamilo é a fonte de sinais químicos que parece ser exclusivamente saliente para o neonato. Logo após o nascimento, mamíferos são confrontados com a necessidade de localizar e começar a sugar o mamilo de suas mães, ou substituto do peito feminino. Assim, o mamilo ou peito é possivelmente o primeiro objeto para o qual o recém-nascido tem que dirigir respostas de comportamento apropriadas para continuar sobrevivendo. Estudos sistemáticos revelaram que odores maternos desenvolvem um papel crítico na localização e sucção do mamilo no recém-nascido de várias espécies de mamíferos.

Experiências prévias mostraram que bebês humanos são atraídos a odores do peito. De acordo com Winber e Porter (1999), quando recém-nascidos são colocados em posição ventral e expostos a dois estímulos suspensos lateralmente a suas faces; preferencialmente ficam direcionados ao odor do peito materno. Quando simultaneamente é apresentado um algodão limpo de controle e, um outro que foi usado temporariamente sob o peito de sua própria mãe, os bebês alimentados no peito gastam um tempo significativamente mais longo com a face orientada na direção do odor do peito que para o algodão limpo.

Em experiências subsequentes usando procedimentos semelhantes de provas, foi averiguado que odores do peito de mulheres que amamentam extraem orientação preferencial quando comparados com uma variedade de cheiros alternativos. Assim, crianças com duas semanas de idade, que tinham sido alimentadas por mamadeira exclusivamente desde o nascimento, gastaram mais tempo orientadas na direção do odor do peito de uma mãe que amamentava, do que para qualquer um dos odores axilares ou o odor de peito de uma mulher não parturiente. Estes dados sugerem que sugestões químicas da região do peito sejam particularmente atrativas para neonatos.

Além de ajudar a guiar a criança diretamente ao mamilo, odores do peito materno afetam outros aspectos do comportamento neonatal. Bebês, incluindo os que não tiveram nenhuma experiência anterior de amamentação, apresentam sugestões olfatórias ao odor que emana dos peitos das mães que amamentam. A região do mamilo e auréola é provida de uma acumulação densa de glândulas de pele que poderiam, mais adiante, contribuir ao sinal químico atraente ou servir como fixativas de odor que prolonga a efetividade de outras substâncias atraentes.

Em defesa do olfatório fetal, crianças recém-nascidas exibem atração de comportamento ao odor de fluido amniótico. Parafraseando Winber e Porter (1999), bebês aleatoriamente selecionados mostraram preferência em sugar um peito que foi tratado com uma quantia pequena de líquido amniótico, aplicado na região do mamilo/aréola, que o peito sem tratamento alternativo. Tal atração precoce para o líquido amniótico é relativamente passageira, com aumentada idade e aumentada experiência de mamar, a preferência para odor de líquido amniótico que tinha sido observada originalmente em crianças mais jovens foi invertida; significativamente mais crianças selecionaram espontaneamente o peito sem tratar em lugar do peito tratado com líquido amniótico.

Possivelmente, a conclusão mais parcimoniosa destes dados é que recém-nascidos vão inicialmente ao líquido amniótico porque este odor é familiar e eles retêm um rastro de memória do seu ambiente olfatório fetal. Aparte de funcionar como atrativo geral, os odores do peito materno proveem uma base suficiente para o reconhecimento precoce da mãe pela sua descendência. A responsabilidade de discriminação do bebê para o odor do peito da própria mãe permite concluir que eles reconhecem essas sugestões.

De acordo com Winber e Porter (1999), antes de seis dias de idade, neonatos alimentados no peito começaram a orientar-se preferencialmente para um bloco de gaze que tinha entrado em contato com o peito de sua mãe em lugar de um

odor comparável semelhante de uma mulher desconhecida e que também amamentava.

Os estímulos olfatórios particulares para os quais os bebês estão expostos, durante o período de pós-parto imediato, podem ser um fator significativo no desenvolvimento social subsequente. Evidências indicam que a familiarização com a voz da mãe pode começar de fato antes do nascimento, o que poderia explicar porque as crianças jovens mostram indicações que eles reconhecem a voz de suas mães. As características visuais faciais da mãe podem servir igualmente como uma base para reconhecimento individual precoce.

Segundo Winber e Porter (1999), já no terceiro dia pós-parto, bebês testados sob condições de laboratório controladas gastaram mais tempo olhando para a face da mãe deles que para a face de uma mulher estranha, quando ambas as mulheres estavam simultaneamente presentes. Características faciais reconhecíveis só são potencialmente acessíveis quando a iluminação ambiente for adequada e mãe-criança posicionadas adequadamente.

Devido à identificação do odor materno constantemente ser emitida à superfície da pele, o reconhecimento olfatório associa-se com o reconhecimento individual mediado por estímulos vocais e visuais. O reconhecimento individual é um precursor necessário para o desenvolvimento afetivo específico, ajudando na formação do apego. Para formar um laço sem igual com outro indivíduo, aquela pessoa deve ser, primeiramente, distinguida de outros. Dado seu aparecimento precoce, o reconhecimento olfatório da mãe pode fazer um papel importante na iniciação do apego do recém-nascido.

Em humanos, como em outros mamíferos, odores naturais têm um papel importante na interação mãe-filho, principalmente durante o período de pós-parto imediato. Isso sinaliza concluir que sugestões olfatórias que emanam dos peitos de mães de lactentes influenciam o comportamento de crianças recém-nascidas já nos primeiros minutos pós-parto e continuam depois disso durante pelo menos várias semanas.

Somente o odor do fluido amniótico conseguiu extrair orientação preferencial quando comparado com odores do peito, mas esta preferência enfraquece depressa, conforme a criança cresce e tem experiências crescentes de sugar o peito. O fracasso frequente para estabelecer amamentação efetiva, por exemplo, síndrome de leite insuficiente, crise de lactação, até mesmo em mulheres que desejam amamentar o seu neonato, pode ser, pelo menos em parte, devido às atuais rotinas dos hospitais, que não permitem a expressão de predisposições de comportamentos inatos

adaptáveis no cuidado precoce de mãe-filho, como orientações de como pegar a mama baseado em estímulos olfatórios.

Pertinente a esta discussão, Lennart e Alade (1996), estudaram os efeitos das rotinas hospitalares na amamentação e referem que a brevidade ou não da sucção é o prognóstico válido para a duração e o sucesso da amamentação. As rotinas da sala de parto são muito importantes para o bom começo da amamentação; uma breve separação entre mãe-criança durante a primeira hora após o nascimento teve um forte efeito no sucesso da primeira amamentação, assim como drogas ministradas na mãe durante o trabalho de parto. Consequentemente, os dois determinantes cruciais para um bem sucedido começo da amamentação parecem ser a não interrupção do contato com a mãe até a primeira alimentação a menos que seja inevitável e a não sedação da criança com analgésicos dados à mãe durante o trabalho de parto.

Outras espécies de mamíferos recém-nascidos rastejam para o mamilo da mãe para ter a primeira alimentação logo após o nascimento. Embora bebês humanos, aparentemente, tenham o mesmo procedimento, este é facilmente perturbado. De acordo com Lennart e Alade (1996), a separação para procedimentos de pesagem e vestimenta interfere seriamente na primeira amamentação. O período de pós-parto imediato parece ser um estágio muito crítico para a separação, os recém-nascidos protestaram alto quando eram afastados de suas mães.

Não há razão válida que justifique a rotina hospitalar que separa o binômio mãe e filho para a realização de procedimentos que podem simplesmente ser deixados para uma ou duas horas depois do parto. O ideal é que a criança despida seja deixada serenamente no abdome da mãe até a primeira amamentação ser completada; o esforço da criança em pegar o seio deve ser ativamente favorecido e o uso de drogas ministradas à mãe durante o trabalho de parto deve ser restrito.

Referentes ao processo de alojar mães e recém-nascidos, numa experiência em que a enfermeira é responsável pelo cuidado total da díade, numa combinação harmoniosa entre a equipe do berçário e a equipe da maternidade, Driscoll e Caico (1996) descreveram o programa denominado de gerência de caso, que foi desenvolvido com objetivo de ajudar as enfermeiras a organizarem o cuidado. Este programa de avaliação é uma ferramenta utilizada para observar o progresso das pacientes da internação até a alta hospitalar. Segundo os autores, o programa de gerência de caso põe a responsabilidade em manter os pacientes enquadrados no caminho da rápida recuperação nas mãos das enfermeiras. A enfermeira deve enfatizar à equipe a individualidade de cada paciente, uma vez que nenhuma mãe,

criança ou constituição familiar é a mesma. O papel das enfermeiras é assessorar as diferenças e tratar as necessidades de cada binômio em particular.

Os resultados do estudo de Redshaw e Harris (1995), que aborda questões referentes à formação e treinamento de enfermeiros atuantes no cuidado neonatal, evidenciam a necessidade de treinamentos e atualizações constantes da equipe. O estudo aponta nítidas lacunas entre política e prática, nas áreas de avaliação, orientação e desenvolvimento profissional. O cuidado neonatal demanda uma equipe qualificada que esteja em constante busca de aprimoramento.

Com o propósito de determinar quais as interações profissionais da enfermagem que podem ser úteis para promoção do apego Denehy (1996) elencou as atividades da enfermeira, incluindo cada intervenção numa escala de classificação. Um dos resultados importantes desta pesquisa foi a ênfase dada pela enfermagem na atividade de criar um ambiente bem preparado, um ambiente especial que promova o apego nos centros de cuidado neonatal e a preocupação em prestar cuidado maternal centralizado na família.

Deixar pais e mães ficarem no mesmo quarto com a criança é a condição mais importante na promoção do apego, embora seja bastante aceito no campo profissional e também entre leigos o fato de que o desenvolvimento do apego começa na verdade no período pré-natal. Através deste estudo, os profissionais de enfermagem podem refletir e definir suas capacidades, suas práticas, e identificar as intervenções que são críticas e as que são de suporte ao desenvolvimento do comportamento do apego materno infantil.

Sintetizando a categoria denominada apego neonatal, evidenciamos a relevância do tema e a necessidade deste em permear as múltiplas áreas do conhecimento. Ficou evidente a existência do ajuste fisiológico, hormonal e emocional entre o binômio mãe e filho, o que torna indispensável uma abordagem interdisciplinar. As intervenções de prevenção e facilitação do apego têm um valor inestimável durante o período neonatal, portanto, indubitavelmente devem ser estabelecidas o mais precocemente possível, e a enfermagem deve se esmerar para ter uma postura que facilite a formação e manutenção do apego.

3.4 Apego Materno e Paterno

Após termos clareza de alguns aspectos do comportamento de apego, é oportuno fazer a diferenciação do apego paterno para o materno. Parafraseando Anderson (1996) quando um recém-nascido chega a uma família, ocorre nela

uma reorganização dos laços internos e emocionais. Deste modo, cada membro se ajusta para continuar se sentindo seguro e protegido. O comprometimento com a criança é a base do que esta significa para seus pais.

Ter um bebê em uma atmosfera de grande carência emocional, ou onde o espaço e o tempo disponíveis são restritos, aumenta o risco de que pais e criança possam desenvolver um laço inseguro. Os pais que desenvolvem um apego seguro com suas crianças desenvolvem um senso de confiança em suas ações e são hábeis a harmonizar qualquer ocasional sentimento negativo relacionado a seu filho. Do mesmo modo, a criança adquire segurança em seus pais e isso predispõe a explorações do ambiente. Os pais também encontram segurança emocional no relacionamento com seus filhos; eles sentem que o bebê é uma duplicação de si próprios, os quais dão a eles um senso de imortalidade.

Geralmente, as pesquisas sobre o apego tendem a demonstrar um processo similar para pais e mães, ainda que o ritmo possa ser diferente. Como as mães, os pais manifestam comportamento de apego durante a gravidez. E entretanto, neste período é a mãe quem controla o acesso do pai ao feto, e desta maneira, não é surpresa que o apego do pai esteja relacionado com a qualidade do relacionamento marital. Pais podem desenvolver um senso de amor e cuidado por sua criança a partir do momento do nascimento.

Eles podem se sentir insatisfeitos com a quantidade de contato estabelecido com seu bebê durante a hospitalização devido ao controle exercido pelos profissionais de saúde. Apesar disso, as condições que envolvem o trabalho de parto e o parto podem diminuir o início do apego paterno, devido a eles estarem mais preocupados com estado de saúde de sua esposa e seu filho. É importante, nesse sentido, a equipe neonatal atentar para estimulação do apego paterno.

Segundo Anderson (1996), os atributos críticos do apego paterno incluem proximidade, reciprocidade e comprometimento. A proximidade se refere à experiência física e psicológica do pai na existência de seu filho. Esse atributo compreende três dimensões que são: contato, estado emocional e individualidade. As experiências de tocar, pegar e fitar a criança são instituídos para ser parte de um busca pela experiência da proximidade.

O estado emocional surge da experiência afetiva do novo pai em relação a seu filho. Pais são também atentos à diferenciação das necessidades das crianças a deles próprios, para reconhecer e responder apropriadamente, desenvolvendo a experiência do apego. A reciprocidade é descrita por duas dimensões: complementação e sensibilidade. Pais que são sensíveis e respondem às insinuações

de seus filhos promoverão o seu crescimento e desenvolvimento. A criança é um par ativo nesse processo inter-racional e capacita para o reforço na tentativa dos pais em dar cuidados e contribui para a qualidade nas trocas.

O comprometimento refere-se ao duradouro e natural relacionamento de apego. As dimensões do comprometimento são duplas: centralidade e exploração do papel de pais. Na centralidade, os pais colocam a criança no centro de suas vidas e de suas famílias. Eles reconhecem a sua responsabilidade para com o bem estar da criança e promovem a segurança, crescimento e desenvolvimento. A exploração do papel de pai refere-se à habilidade deste em encontrar seu próprio modo e integrar a identidade paternal de si mesmo. As interações recíprocas são manifestadas quando o bebê reage positivamente à tentativa do pai em consolá-lo.

Pais crescem por meio da interação com seu filho. A reciprocidade interfere nas trocas emocionais e reforça a prática dos pais em cuidar de seus filhos. A satisfação que a experiência paterna traz estimula satisfatoriamente o desejo de passar mais tempo com o filho. Com a repetição e o prolongamento do contato, pais aprendem a reconhecer e responder às insinuações do filho. O apego forte entre pais e crianças contribui para a prevenção de abusos e negligências; a prevenção deve ser uma preocupação da equipe de saúde e a formação e manutenção do vínculo filial uma estratégia.

Delaware (2000) realizou um estudo com casais que esperavam seu primeiro filho. Cada casal foi abordado em dois diferentes momentos: a visita inicial era marcada durante o terceiro trimestre de gravidez e a seguinte acontecia quando o bebê completava três semanas. Antes do nascimento, pais e mães demonstravam convicções fortes relativas à importância do vínculo pai/criança. Porém, depois de três semanas, ambos, pais e mães, apresentavam, estatisticamente significantes, quedas nas suas convicções. É importante notar que esta descoberta não indica que indivíduos ou casais eram insatisfeitos com as suas experiências paternas. Na verdade, eles estavam descobrindo que a relação de apego entre pais e filhos tem algumas imbricações e dificuldades a serem superadas. Especificamente, pais que sentiram que as suas esposas experimentaram um trabalho de parto difícil tenderam a ter mais dificuldade em estabelecer o vínculo pai-criança.

O resultado desse estudo sugere que os profissionais de saúde que atuam no parto e em neonatologia precisam dar cuidadosa atenção à transição para a paternidade e que tenham potencial para moldar diretamente a experiência paterna pela estimulação de confortáveis tempos de contato inicial e através da assistência no contato prolongado na sala de parto. Além disso, podem encorajar o

pai a respeito da adequação dos seus contatos iniciais com a criança. Por exemplo, expressar comentários como: ‘ele parece contente nos seus braços’, ou ‘você parece realmente contente segurando sua filha’, têm potencial para contribuir com o sentimento de satisfação paterno.

Enquanto a mãe requer atenção focalizada e assistência durante o trabalho de parto e por causa da intensidade física e emocional do processo, é importante não fechar os olhos para os eventos relacionados aos pais. Pessoas de ambos os sexos são sensíveis ao processo. Na primeira transição para a paternidade, homens tipicamente têm menos conhecimento em cuidar e educar as crianças do que as mulheres, e podem particularmente depender da assistência da equipe de saúde.

Segundo Delaware (2000), o vínculo pós-parto imediato é um construtor de ilimitada utilidade para os pais terem um grande alcance no envolvimento com seus filhos. Se o contato pós-parto imediato mostra efeito duradouro na subsequente interação pai/filho, ele é o grande impacto nas famílias caracterizadas pelos baixos indicadores do envolvimento paterno e com sua criança através dos primeiros dias de vida. Portanto, um longo e precoce contato do pai com a sua criança na presença da mãe é importante e têm potencial positivo no modelo de transição para a paternidade.

Lerketich e Mercer (1996), abordaram os indicadores de competência paterna de pais experientes e inexperientes. A percepção dos pais a respeito de sua competência no papel de ser pai reflete a sua confiança na habilidade e talento de cuidar do filho, e essa confiança afeta a sua interação com a criança. As variáveis para a análise dos indicadores da competência no papel de pai incluíram auto estima, senso de propriedade, ansiedade, depressão, estado de saúde da criança, relacionamento com a parceira, função na família, experiência do nascimento, apego fetal, estresse relacionado a acontecimentos da vida, assistência social e nível educacional. Pais experientes relataram um significativo aumento em sua competência paterna, durante a primeira semana e logo após o parto. Entretanto, não foram encontradas diferenças significantes nos *scores* de competência paterna nos meses subsequentes ao nascimento.

Posteriormente, Lerketich e Mercer (1998) realizaram um estudo semelhante sobre o apego materno de mães experientes e inexperientes. Os resultados mostraram que as mães experientes não se diferenciaram das mães inexperientes no apego mãe-criança em nenhum período. O crescimento do apego materno com a criança é um processo duradouro, completo e prazerosamente desenvolvido,

satisfazendo ambos, mãe e criança. A experiência afetiva, leva a um sincronismo de comunicação.

Com o vínculo afetivo promovendo prazer à mãe, ela aceita a responsabilidade de cuidar da criança e, como resultado, coloca as necessidades dela acima das suas por anos. Igualmente, a criança obtém prazer e segurança através do desenvolvimento do vínculo afetivo com sua mãe. Com a segunda gravidez, as mulheres relatam conflitos e inquietação sobre as habilidades delas em amar outra criança tanto quanto o primeiro filho e cuidar de duas crianças.

Diversos fatores podem ser identificados como influenciadores no desenvolvimento do apego mãe-criança, como: o relacionamento da mulher com seu marido e com a família, a duração da separação da mãe com a criança no nascimento, a experiência do nascimento, a duração do trabalho de parto, as expectativas do pré-natal, entre outros. A ansiedade tem efeitos negativos no apego materno entre as mães inexperientes. Num primeiro momento, a confiança das mães em suas habilidades para cuidar de suas crianças e a experiência prévia com crianças facilitou o desenvolvimento do apego materno num período inicial.

Segundo o estudo de Lerketich e Mercer (1998), mães experientes tiveram significativamente menos complicações durante o parto e viam mais positivamente seu trabalho de parto e seu parto do que as mães inexperientes. O apego materno com a criança, em média, não apresentou diferenças nos testes entre mães experientes e inexperientes em qualquer momento de testes após o nascimento. Entretanto, durante a gravidez, o apego materno difere com a experiência da maternidade. Mães inexperientes relataram significativo aumento nos *scores* do apego materno, diferentemente das mães experientes.

Sintetizando esta temática, reforçamos a relevância do contato pós-parto imediato, pois a promoção deste mostra efeito duradouro na interação da tríade pai, mãe e filho. Um longo e inicial contato do pai com criança, na presença da mãe, é importante e tem potencial positivo no modelo de transição para a paternidade. Vários são os fatores que afetam o desenvolvimento do apego, como: a relação da mãe com seus próprios pais; a própria infância; o ambiente familiar; o relacionamento conjugal; a assistência social recebida; as experiências no pré-parto, parto e puerpério; a segurança na habilidade de cuidar do filho, entre outros. Os profissionais de saúde, envolvidos na assistência materno-infantil, devem estar cientes dos fatores influenciadores da interação mãe e filho.

Estes profissionais devem também atuar de forma que sua prática esteja promovendo e facilitando o apego. Salientamos a importância da enfermagem

capacitar e estimular a competência materna e paterna, principalmente de mães primigestas, desde o período pré-natal, já que a ansiedade e a preocupação com a competência materna interferem no relacionamento da mãe com o filho.

3.5 Privação Materna

No corolário do apego encontramos a privação, definida por Bowlby (1996), como a situação na qual a criança não encontra uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe. Para Garelli (1997), apego é o vínculo afetivo que une uma pessoa à outra específica, claramente definida e preferida, vista como forte e protetora. Este vínculo as mantém unidas ao longo do tempo. Um indivíduo pode estar vinculado a mais de uma pessoa, porém sempre se trata de um número pequeno de pessoas, nunca muitas.

Para poder estabelecer e manter o apego, o indivíduo encontra-se munido deste comportamento e estabelece condutas que tenham como resultado manter a proximidade com outro indivíduo, claramente diferenciado, preferido e protetor. Estas condutas, mediatizam-se através de sistemas comportamentais; estes sistemas são acompanhados de intensas emoções, que surgem durante a formação, manutenção e ruptura ou renovação do apego.

O efeito das separações maternas, especialmente em crianças pequenas, começou a ser estudado de forma sistemática a partir da segunda guerra mundial. As consequências das separações temporárias, como definitivas sobre o desenvolvimento da personalidade podem ser observadas em curto prazo, através de mudanças imediatas de conduta, ou mais tardiamente, através de alterações emocionais que perturbam definitivamente o funcionamento da personalidade em adultos.

Parafraseando Garelli (1997), as separações prematuras, por seus efeitos destruidores nos primeiros vínculos, constituem um agente provocador de patologia psicológica que merece ser levada em consideração. Durante a década de 1940 a 1950 muitos investigadores, entre eles Anna Freud (1956), Dorothy Burlingham (1944), James Robertson (1958), Heinicke e Westheimer (1966), descreveram as dificuldades encontradas na educação de crianças separadas de suas mães e desenharam investigações para estudar o problema de forma sistemática. Na mesma época, Spitz (1958) publicava seus estudos sobre as características das crianças de poucos meses abandonadas por suas mães, criadas em instituições sem nenhuma figura materna, nem sequer substitutas.

Separação física é quando, por qualquer causa, como enfermidade, viagem ou morte, a criança estiver fisicamente separada de seus pais por um tempo variável, entre 24 horas a indefinidamente. Separação emocional, a mais séria, também chamada sócio emocional, é quando não existe separação física, porém verifica-se certos parâmetros de desconexão psicológica da mãe com o bebê.

Certamente existe prejuízo se uma criança de até três anos de idade não chorar e nem resistir frente à partida de sua mãe; se isto acontece indica que a mãe deixa a desejar na criação, ou superprotege a criança. É normal que o bebê proteste, chore, grite e resista energicamente a qualquer tipo de separação durante os primeiros três anos de vida. Na pronta aceitação da partida da mãe, por parte da criança, devemos suspeitar que existe distúrbio no vínculo afetivo.

A separação física dos pais resulta num importante estresse psicológico para os filhos pequenos, muitas vezes com consequências graves no desenvolvimento da personalidade, porém, não somente a separação física, como também a falta de contato emocional e afetivo profundo pode deixar severas sequelas na criança. Uma mãe emocionalmente ausente devido a causas diversas, como: depressão, preocupação, questões econômicas e afetivas, enfermidades, pode gerar grande estresse para a criança.

Muitas das psicopatologias que hoje em dia observamos, em crianças e adultos, estão relacionadas com a problemática do abandono sócio emocional das crianças. O interesse excessivo por bens materiais, a cobiça, a insaciável ânsia de poder, tão frequentemente observadas em nossa sociedade, constituem-se objeto de grande preocupação de filósofos, sociólogos e pensadores e muitas vezes remete a questionamentos da fase de desapego destes indivíduos, e principalmente, leva ao questionamento do ciclo vicioso estabelecido com a sua descendência.

Field (1996) filmou sessões de brincadeira e períodos de sono de crianças de até três anos, que foram separadas de suas mães, por motivo de internação da mãe para o nascimento de outra criança. Os pais responderam questionários a respeito das mudanças comportamentais observadas na criança. Como resultado deste estudo, foi observado um aumento nos efeitos negativos, aumento nos níveis de atividade e alteração dos batimentos cardíacos. Não dormir durante a noite e choro são alguns dos sinais de agitação apresentados pelas crianças que caracterizaram o período de separação da mãe.

Períodos mais longos de sono profundo nesse estágio foram interpretados como autoproteção e afastamento, como se o afastamento estimulasse a conservação de energia. Mudanças relatadas pelos pais incluíram grande dependência, associadas

ao comportamento agressivo, problemas alimentares e de higiene, distúrbios do sono e doenças que persistiam mesmo após a volta da mãe do hospital. Hoje em dia, sabe-se que a psicopatologia pode ser entendida a partir do ponto de vista das entranhas dos vínculos afetivos de um indivíduo desde a infância até a vida adulta. As psicopatologias do medo e da ansiedade crônicas são exemplos disto, sendo derivadas de separações ou ameaças de separações da figura de apego.

Corroborando, Eiden e Corns (1996) examinaram a relação entre o ajustamento marital e o relacionamento entre pais e criança. Quando os pais estão hábeis e aptos a integrarem as experiências de apego deles e associá-las a conceitos e sentimentos dentro de uma coerente representação mental, eles estão provavelmente prontos para responderem mais sensivelmente aos sinais de suas crianças. Alternativamente, quando emoções e pensamentos relacionados ao apego estão incongruentes com a atual qualidade dessas relações, a necessidade de reter essa incoerente representação mental pode resultar num bloqueio ou distorção das informações relevantes do apego

De acordo com Eiden e Corns (1996), o ajustamento marital pode ter influências diretas nos pais e no desenvolvimento da criança. O ajustamento marital é significativamente relatado nos sentimentos positivos sobre as atividades de cuidado, na qualidade de serem pais e nas interações com a criança. Mães que relataram sentimentos de proteção dos seus pais agiram mais positivamente em relação a seus filhos. De outra forma, mães que se sentiam criticadas por seus pais tinham menos afeto positivo durante as interações com seu filho até os três meses de idade. Em geral, alto ajustamento marital tem sido encontrado nos relatos de apego seguro infantil e baixo ajustamento marital nos relatos de insegurança do apego infantil.

Os resultados estão consistentes com os indicadores da Teoria do Apego e sugerem que os modelos de trabalho materno influenciam a paternidade e o ajustamento infantil. Os resultados também sugerem que associações interativas dos modelos de trabalho materno e do ajustamento marital com o relacionamento mãe/criança precisam ser cuidadosamente examinados, pois os resultados indicam que raramente mães apresentando apego inseguro relataram estarem felizes em seus casamentos.

Vários teóricos do apego relacionaram o fenômeno de maus tratos a padrões patológicos de apego na instalação de laços afetivos precoces. Investigadores realizaram estudos prospectivos longitudinais que correlatam a qualidade de apego no primeiro ano de vida com situação de maus tratos posteriormente. Fazer

descoberta precoce da possibilidade de maus tratos e prevenir o desenvolvimento fenomenal de agressão sofrido na infância é um esforço necessário a ser empreendido. Informar a comunidade é uma forma de conscientizar o risco de permanecer passivo frente ao comprometimento do apego em crianças pequenas. Devemos empenharmo-nos em campanhas preventivas que apontem, assegurem e fortaleçam laços de pais e criança.

Segundo Feshbach (2000), a psicopatologia pode ser esperada como consequência para uma pessoa que sofreu ou ainda está sofrendo padrões transtornados de apego, o que leva a pessoa a ter um comportamento anticonvencional de desenvolvimento. A infância e adolescência são vistas como períodos sensíveis durante os quais o comportamento de apego tortuosamente desenvolve-se de acordo com a experiência que o indivíduo tem com a figura de apego dele. Perda ou ameaças de perda da figura de apego são vistas como agentes patogênicos principais no desenvolvimento de psicopatologias. A infância e adolescência são vistas como períodos críticos durante os quais o comportamento de apego tortuosamente se desenvolve de acordo com a experiência que o indivíduo tem com a sua figura de apego.

Na medida em que o desenvolvimento antissocial e o comportamento agressivo forem encontrados, histórias de abandonos precoces, pais ameaçadores e violentos estão profundamente arraigados. Além disso, psicopatas, criminosos, assassinos, delinquentes e outros ofensores sociais sistemáticos, normalmente relatam histórias de atitudes paternas precocemente adversas e relações rompidas, particularmente ameaças de deserção da mãe como um dos meios de disciplina.

Além disso, um vicioso espiral parece surgir do sentimento misturado de ansiedade e raiva despertado por ameaças deste tipo. Se por um lado a criança fica furiosamente com raiva pela ameaça dos pais em abandoná-la, por outro, ela não ousa expressar a raiva, com medo que o pai de fato faça assim. Esta é a razão principal por que nos casos de raiva contra os pais normalmente ela fica reprimida e é redirecionada então a outros como: cônjuges, irmãos, crianças, amigos, profissão, instituições, entre outros (FESHBACH, 2000).

As intervenções preventivas deveriam ser o resultado natural de pesquisas sobre relacionamento inicial mãe-criança. Este é um assunto de indiscutível importância para a sociedade, pois prova ser mais frutífero prevenir uma condição de desajuste estabelecida do que a tentativa de erradicar uma vez instalada. Em outras palavras, seria muito mais eficaz prevenir a separação da mãe-criança em fases iniciais do desenvolvimento do que, se humanamente fosse possível, tentar

curar um adulto degenerado emocionalmente, em função de uma separação materna ocorrida na infância.

Neste sentido, Kulkarni (2000) afirma que na perspectiva da Teoria do Apego, crianças descritas como dependentes ou super dependentes frequentemente exibem comportamento de apego transtornado. Neste caso, o mais adequado seria usar o termo criança ansiosa de um apego seguro, especialmente porque recruta nossa condolência, respeita o desejo natural da criança para uma relação íntima com a figura de apego e reconhece que ela é apreensível para que a relação não seja terminada. Os pais podem ser categorizados como autoritários e permissivos.

Pais autoritários e permissivos tendem a ser inacessíveis e dar para a criança um relato enganoso, sendo a razão do comportamento ansioso do filho. Isto igualmente conduz a consequências sérias. Nenhuma criança admite que seus pais são gravemente culpados. Reconhecer que a mãe está explorando-o para os próprios fins dela, ou que os pais são injustos e tiranos, ou ainda, que nenhum dos pais o quer ou o quis, é intensamente doloroso. Então, detectando qualquer falha, a maioria das crianças buscará ver o comportamento dos seus pais um pouco sob uma luz mais favorável.

A maioria das crianças são pouco dispostas a ver os pais sob um olhar ruim e os pais fazem toda força para assegurar que sua criança não faça assim, ou pelo menos, que ele não apresente um quadro adverso a outros. Isto desenvolve um estado por meio de qual a criança enfrenta um dilema: é para ela aceitar o quadro como vê ou é para ela conspirar com a versão dos seus pais?

De acordo com Kulkarni (2000) para este dilema há vários possíveis resultados. Um é que a criança adere ao próprio ponto de vista dela, até mesmo a ponto de romper com seus pais, o que gera aumento da ansiedade, devido ao medo de perder a figura de apego. Um segundo resultado, oposto, é a complacência completa. Isto não conduz em nenhuma parte em termos de ansiedade decrescente; pelo contrário, a criança constantemente está tentando aplacar a figura de apego dela e danificando a sua percepção do mundo. Um terceiro resultado, mais comum, é um acordo intranquilo por meio de que a criança tenta dar crença a pontos de vista e oscila facilmente entre eles. E por fim, um quarto resultado é quando a criança tenta desesperadamente integrar os dois quadros, como eles são inerentemente incompatíveis, são sentenciados ao fracasso e podem conduzir a desarranjos cognitivos. Seja qual for o mecanismo de defesa aderido pela criança, certamente prejuízos serão deixados para a sua vida adulta em função deste padrão de comportamento de apego transtornado.

Fletcher et al. (1995) reforçam esta conclusão e apresenta a prevalência e os fatores que são relacionados ao aumento do risco dos casos de negligência infantil, usando dados que foram coletados durante dezoito anos num estudo longitudinal. Um corte de mil nascidos vivos foi estudado prospectivamente até a idade de dezoito anos e acompanhado sistematicamente por uma equipe multidisciplinar. O estudo aponta os problemas sociais enfrentados pelos pais nas suas próprias infâncias e reeditados em seus filhos como a principal causa de negligência infantil.

Os pais representam o ambiente primário e principal para a criança no início da infância, sendo os padrões de interação entre eles e seus filhos as bases para a criança se auto construir e adaptar aos eventos da vida. Estes exercem a função de mediadores entre a criança e o ambiente social, influenciando com seu comportamento e desenvolvimento.

As famílias tendem a acumular fatores de risco, internalizados e reeditados ao longo do tempo, por seus membros. A vulnerabilidade que alguns adultos apresentam está diretamente relacionada com suas próprias histórias pessoais, marcadas por perdas, abusos e negligências. O comportamento dos pais para com seus filhos é influenciado diretamente pelas experiências de sua própria infância. Por outro lado, existem também, em uma escala muito menor, famílias que conseguem desenvolver um ambiente familiar de suporte, sem perpetuar em seus filhos reflexos nítidos de sua desprovida infância.

As consequências da negligência sobre o desenvolvimento da criança estão relacionadas com a estrutura familiar. Há lares que os cuidadores são ausentes e a família comporta-se como um agrupamento de pessoas que dividem um espaço. Nesta condição, a criança percebe seus pais como pessoas desinteressadas, desmotivadas, sem poder de decisão e que não as ajudam a enfrentar as dificuldades na busca de sobrevivência (FLETCHER et al. 1995).

A paternidade e a maternidade são um reviver de experiências passadas, reativação de antigos conflitos e nascimento de novas esperanças. A continuidade dos fatores de risco nas gerações acaba perpetuando. Muitas vezes, o padrão de criação é adaptativo à sociedade; os pais sentem que estão preparando seus filhos para enfrentar a realidade, as crianças são criadas para precocemente tornarem-se independentes, mas essa posição dos pais pode ser entendida pela criança como rejeição. O comportamento restritivo dos pais leva a um sentimento de privação de relações de reciprocidade e do desenvolvimento de valores pessoais.

De acordo com Fletcher et al. (1995) a idade materna também é um fator importante a ser ressaltado. Mães muito jovens têm atitudes mais rígidas,

apresentam-se bravas e punitivas com a criança em seus primeiros anos de vida, devido a estas mães, adolescentes ainda, estarem voltadas para seu crescimento pessoal, mostrando-se pouco disponíveis. Este é um tópico que desperta preocupação, pelo número crescente de adolescentes grávidas. A depressão materna, doença mental de prevalência na atualidade, atinge mais frequentemente mulheres entre 25 e 44 anos, faixa etária da maternidade, e é também apresentada como causa importante de negligência infantil. A depressão tem sido associada com dificuldades na criação de filhos e na interação mãe-bebê. São mães mais hostis, inconsistentes e indiferentes.

Abordando depressão materna, Fowles (1996) refere que a transição de uma mulher sem filhos para uma mãe envolve complexas mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais; muitas mulheres sofrem de ansiedade e confusão durante esse período. Algumas mulheres, embora prontas para o nascimento da criança, são despreparadas para as consequências emocionais deste processo e para a extensa fadiga que cuidar de seus recém-nascidos pode resultar. Outra dúvida que frequentemente surge é se são capazes de serem mães, isso devido a não terem modelos de papéis aceitáveis em suas próprias vidas.

Tornar-se mãe é um processo pelo qual a mulher afirma-se consigo mesma e com os outros. Este processo de formação da identidade materna é entrelaçado ao processo de desenvolvimento do vínculo com a criança. Ambos processos são necessários para o desenvolvimento do senso de competência da mulher em ser mãe e para o crescimento e desenvolvimento sadio da criança. O relacionamento afetivo entre a mãe e bebê é um fator distinto que influencia o desenvolvimento da identidade materna e é totalmente relacionado com a realização do papel de mãe. A realização no papel materno é definida como o processo em que a mãe adquire competência no seu papel e integra sua conduta de mãe em um conjunto de regras estabelecidas, desse modo ela torna-se confortável com sua identidade materna.

O desempenho do papel materno envolve tarefas maternas socialmente definidas. Diferentemente, a identidade materna é um componente do papel materno que enfoca os atributos cognitivo e afetivo da relação da mãe com a criança. Segundo Fowles (1996) a identidade materna envolve não somente os aspectos comportamentais e subjetivos do papel realizado pela mãe, mas também circunda as dimensões afetivas. Mudanças afetivas pós-parto experimentadas pela mãe, como a ocorrência de depressão pós-parto, podem impedir o crescimento da relação emotiva entre a mãe e o bebê. Mulheres que sofrem depressão pós-parto, muitas vezes, têm percepções de experiências negativas delas próprias, de

seu cônjuge e/ou de seu bebê. Mães deprimidas costumam ter mais expressões negativas ou sentimentos confusos sobre seus bebês do que mães não deprimidas.

Além disso, o desenvolvimento da criança também é influenciado pela experiência da mãe com depressão pós-parto. Comportamentos infantis difíceis e deficiências intelectuais têm sido notadas em filhos de mulheres que sofreram depressão no primeiro ano após o parto. Mulheres deprimidas percebem seus bebês como sendo mais difíceis e incômodos, com menos capacidades cognitivas do que as mães não deprimidas. A depressão pós-parto pode ter um impacto negativo no desenvolvimento da identidade materna, e conseqüentemente com a confiança da mãe em interagir com seu filho. Mães depressivas se separavam emocionalmente e fisicamente de suas crianças, e são menos responsáveis em relação ao filho (FOWLES, 1996).

A privação do cuidado materno deixa marcas profundas no desenvolvimento da criança. Haddad (1999) define cuidado como a provisão, na casa e na comunidade, de tempo, atenção, apoio e satisfação das necessidades físicas, mentais e sociais da criança. Para que o cuidado seja proporcionado, é necessária a disponibilidade de recursos em nível doméstico: educação e conhecimento, saúde física e mental do cuidador, tempo, autonomia, e apoio social, como também recursos econômicos familiares ou da sociedade.

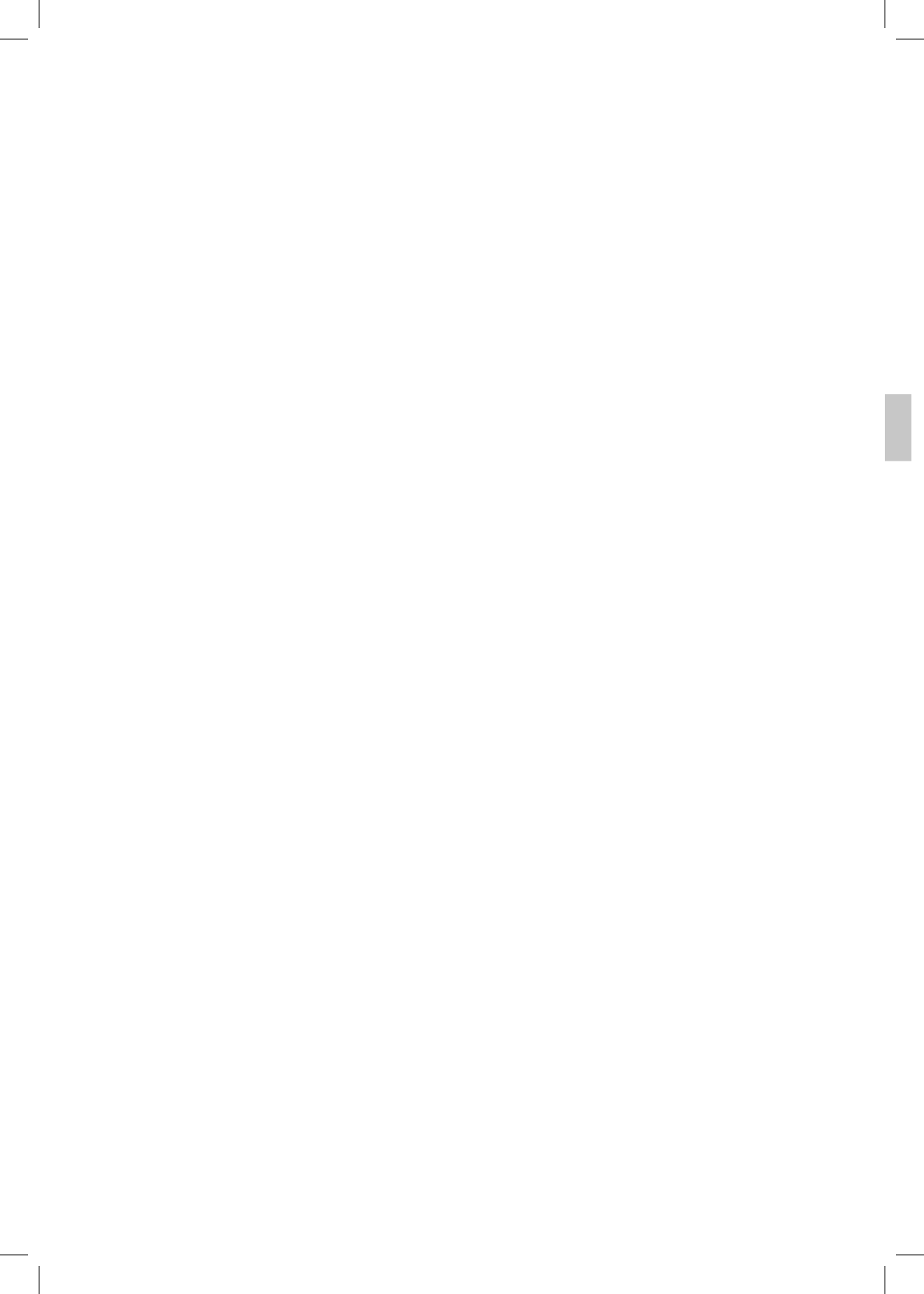
O modelo de cuidado não deve somente avaliar o comportamento do cuidador, mas também o comportamento da criança e as características do ambiente. Todos os três fatores fazem um papel significativo no estado da criança. Diferenças entre crianças, como sanidade, vulnerabilidade, peso e até mesma atratividade física, afetam as práticas de seu cuidador. No centro do processo está a relação entre a criança e o cuidador ou cuidadores; esta é uma relação sem igual e de vida longa. Problemas nessa relação podem prejudicar a saúde física e emocional da criança, além de resultar em problemas de relações interpessoais futuras. Normalmente, uma positiva relação emocional entre cuidador e criança será refletida em afetuosa e responsiva prática de cuidado. O modelo de cuidado tem que incluir a inter-relação entre a criança e o cuidador. Não somente comportamentos de cuidado influenciam a sobrevivência e desenvolvimento da criança, mas influenciam aspectos, qualidades e decisões do cuidador e os investimentos dele na criança.

Segundo Haddad (1999), a educação tem uma relação estreita com a prática do cuidado. Estudos de interações mãe-criança revelaram uma atitude mais comprometida para o cuidado da criança entre mulheres educadas. O processo pelo qual a educação materna afeta as práticas de cuidado está relacionado à habilidade

de processar informação e a habilidade para modelar comportamento. A saúde materna pode influenciar o cuidado reduzindo energias do cuidador. A violência para com as crianças tende a acontecer nas casas onde as mães são abusadas física, emocional e psicologicamente. Uma atmosfera de violência psicológica e física pode ter consequências devastadoras para o estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe e filho.

Em síntese, esta temática nos mostra que a competência em desempenhar os papéis da maternidade e da paternidade é multiplamente determinado. Frente à privação, estudos guiados pela Teoria do Apego têm enfatizado a necessidade de examinar as experiências de apego dos próprios pais. Outro fator importante é o ajustamento marital, pois vários autores o salientam como um indicador criterioso do relacionamento entre pais e criança e o bem-estar emocional das crianças.

Privação, abuso e negligência infantil são comuns a uma parcela da população infantil, o que é um dado preocupante, uma vez que isso reverterá em enfermidade psíquica para uma expressiva parcela da população, gerando um ciclo vicioso insustentável. Acreditamos que esta forma de violência pode ser prevenida por melhores cuidados de saúde, antes e depois do nascimento, particularmente nas populações mais desfavorecidas. Promover educação para as famílias, imprimir nas equipes de saúde a relevância deste tema e, principalmente, diminuir a legitimidade da negligência infantil na mídia são metas que devem ser encampadas por toda a sociedade.



4 Considerações Finais

O apego existente entre mãe e filho tem sido tópico de interesse por muitos anos, mas as informações referentes ao tema não tiveram grandes impactos até a metade do século XX, quando diversos pesquisadores descreveram o comportamento básico que indicava apego maternal e, principalmente, o significado deste comportamento para o desenvolvimento sadio do indivíduo. Desde então, grandes avanços têm sido feitos para promover o apego. Hoje, os cuidados estão centrados na família, no desenvolvimento da unidade familiar, para assim facilitar a interação entre mãe, pai e criança.

Olhando para os artigos que encontramos versando sobre o apego na literatura internacional, constatamos o que presumíamos: a quantidade e variedade das abordagens desse tema. Entusiasma-nos a descoberta de que o apego vem sendo estudado numa variada distribuição geográfica e utilizando-se de diversos recursos metodológicos. Essa colocação respalda-se na localização de artigos publicados em diversos países Europeus, Americanos, Asiáticos e Africanos.

Neste momento, ao voltarmos o olhar para a produção científica selecionada, reforçamos e reformulamos o parecer referente à relevância do tema; inicialmente acreditávamos que era indubitavelmente importante este tema permear as discussões dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado materno-infantil; hoje, acreditamos que essas discussões devam transpor o cenário da saúde, pois diversos segmentos da sociedade estão envolvidos na relação afetiva entre o binômio mãe e filho.

Ao prestarmos assistência materno-infantil, a preocupação com o apego deve iniciar muito precocemente; vários pesquisadores sustentam a ideia de que o apego materno deva começar no pré-natal e pode ser positivamente afetado

por diferentes variáveis psicossociais. Os resultados desses estudos sugerem que o planejamento da gravidez, a realização de ultrassonografias; sentimentos em relação aos movimentos fetais; idade gestacional e percepção do desenvolvimento fetal estejam positivamente relacionadas ao apego materno-fetal.

Explorando precoces modelos de apego materno no pré-natal e pós-parto, observamos a positiva correlação entre o apego mãe/feto e as interações mãe/criança. Descobertas sugerem que experiências prévias com crianças, contato físico, precoces interações mãe/criança, percepção de assistência e redução da ansiedade estão positivamente relacionadas à adaptação do novo papel de mãe. A autoestima foi considerada como um importante indicador de competência materna.

A literatura nos mostra que as mães que sofrem maior privação interacional com suas crianças logo após o nascimento, comparadas com mães que não sofreram privação, mostraram-se menos confiantes em suas habilidades materna e menos comprometidas com suas crianças, o que pode comprometer o apego. Outras variáveis também têm sido relacionadas à qualidade das interações mãe/criança, algumas dessas incluem idade materna, raça, paridade, situação sócio econômica, nível educacional, condições físicas e emocionais, trabalho, relação marital e principalmente, o relacionamento com os próprios pais na infância.

Existe uma riqueza de dados indicando que um apego saudável é necessário para o crescimento, desenvolvimento, realização e preservação física e psicológica do indivíduo. Mas pesquisas demonstram, também, a gama de fatores que influenciam negativamente a relação de apego materno/filial. E o quanto mais profícuo é prevenir uma situação de privação, do que mediar os efeitos causados por esta.

Os resultados de experimentos com animais, principalmente ovelhas, nos ensinam que a amamentação é um fenômeno essencial para o estabelecimento de comportamentos afetivos, sobrevivência da espécie e proteção da descendência. Há uma forte relação entre fatores biológicos e hormonais com o estabelecimento de relação entre a díade; o odor é um fator importante para o reconhecimento da descendência, e é específico e seletivo para cada díade; mãe e filho podem reconhecer-se pelo odor do líquido amniótico, leite materno e outras secreções da pele. Com base neste conhecimento, a enfermagem deve proporcionar, durante os cuidados, oportunidades para facilitar e fortalecer o estabelecimento do vínculo mãe e filho.

Iniciando a explanação das implicações do apego para a prática de enfermagem, consideramos salutar enfatizar a diferença entre vínculo e apego.

O vínculo é definido como um processo que ocorre a partir do momento em que a mãe começa a sentir-se ligada a seu bebê; apego é o resultado do processo de vínculo e ocorre na continuidade. Portanto, vínculo é articulado como o processo enquanto o apego é o resultado; conseqüentemente, o vínculo é um pré-requisito para o apego.

Se o vínculo é pré-requisito para o apego, ele potencialmente inicia no período pré-natal, então as mães precisam receber adequada assistência pré-natal, o que facilitará a competência, o crescimento pessoal e a percepção de si própria. Isso, em contrapartida, as ajudará a ter um saudável desenvolvimento do apego com seu bebê. A assistência deve continuar no período de adaptação materna até que as mães assumam por completo a responsabilidade de cuidar de suas crianças. Na perspectiva de promover e facilitar o apego, é importante entender as correlações e indicadores do apego. As intervenções de enfermagem devem ser implementadas para atender a necessidade de cura e reabilitação materna e neonatal, sem deixar de atender às necessidades de prazer e satisfação providos pela maternidade, as quais são necessárias para um positivo relacionamento entre mãe e criança.

Intervenções de enfermagem que produzem impactos positivos nas interações pais/criança podem ser assertivamente relacionadas ao bem-estar da criança, à facilitação da competência materna, à habilidade na maternidade e ao ajustamento ao papel materno; o que estará afetando positivamente o sentimento materno em relação à criança e, em contrapartida, terá efeitos profícuos na interação mãe e filho.

A formação do apego é uma profunda e complexa experiência humana, altamente individualizada. Nos últimos anos, tem sido tópico de preocupação de profissionais envolvidos no cuidado de famílias que tiveram crianças. Enfermeiras têm feito progressos no desenvolvimento de intervenções que promovem o apego entre pais e crianças e nos cuidados do ambiente de nascimento. As rotinas dos cuidados imediatos após o nascimento e cuidados no período neonatal devem ser reconsideradas à luz dos novos conhecimentos, pois estudos sobre o apego paterno mostram uma visão mais ampla de assistência à família. Acreditamos que os profissionais de enfermagem podem utilizar-se do conhecimento referente ao apego mãe e filho para instrumentalizar sua prática, visando a humanização da assistência materno infantil.

A enfermagem neonatal precisa estar munida de muita sensibilidade e precisa estimular os pais a usarem a sensibilidade e a motricidade para interagir com suas crianças. O toque e o início do contato visual são poderosos meios de

comunicação com a criança. O choro, o sorriso, a avidez, a preservação de contato visual estão entre os comportamentos de apego que a criança exibe para manter a proximidade com seus pais e expressar suas necessidades, portanto, é a essa comunicação pré-verbal que temos que atentar, estimular e reforçar ao prestarmos cuidados ao binômio mãe-filho, pois isso repercutirá positivamente na assistência prestada.

É esperado que reflexões sobre o relacionamento mãe/criança sejam suscitadas no âmbito profissional e que resultem na promoção e manutenção do apego mãe e filho, aprimorando assim a prática de enfermagem. Por fim, podemos dizer que escrever as considerações finais de um livro é muito gratificante, pois impera o sentimento de trabalho concluído, de objetivos atingidos, que neste caso, foi apresentar uma revisão bibliográfica da literatura internacional sobre o apego mãe e filho.

Percebemos que estamos no começo de um importante caminho; a gama de conhecimento que fervilha em torno do tema proposto instiga a continuar pesquisando respostas para novas indagações. É importante apenas salientar que inicialmente já tínhamos ciência da amplitude e complexidade imbricada na relação afetiva entre o binômio mãe e filho, por isso, em nenhum momento tivemos a pretensão de esgotar o tema. Mas pensamos que as principais questões que atualmente vigoram sobre o apego mãe-filho foram mobilizadas neste estudo.

Referências

- AINSWORTH, M. *O Processo de separação-individuação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- ANDERSON, M. Predictors of paternal attachment during parenthood. *Journal of Advance Nursing*, v. 12, n. 6, p. 268-74, 1996.
- BELL, R. Nursing diagnosis: maternal attachment. *Advance in Nursing Science*, v. 5, n. 9, p. 240-52, 1999.
- BENOIT, Diane et al. Mother's representations of their infants assessed prenatally: stability and association with infants' attachment classifications. *Association for Child Psychology and Psychiatry*, v. 38, n. 3, p. 307-13, 1997..
- BOWLBY, J. *Cuidados maternos e saúde mental*. 5.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1996.
- _____. *Apego e Perda*. V.3. Tristeza de Depressão. São Paulo, Martins Fontes, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada*. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Brasília, 2006. Caderno nº 5.
- BRAZELTON, T.B., *As primeiras relações*. Porto Alegre, Artes Médicas, 2002.
- CASHDAN, E. *Preverbal communication*. Disponível na Internet. <http://sciencedirect.com.br>. 30 de março de 2000.
- COLUCCIELLO, M. Pregnant adolescent's perception of their babies before and after realtime ultrasound, *Journal of Psychological Nursing*, v. 36, n. 1, p. 12-19, 1998.
- DELAWARE, N. Changes in father-infant bonding beliefs across couple's first transition to parenthood. *Maternal Child Nursing Journal*. v. 20. n. 3, p. 141-54, 2000.
- DENEHY, Janice. Interventions related to parent-infant attachment. *Nursing Clinics of North America*, v. 27, n. 2, p. 425-33, 1996.
- DINIZ, I.N.A.; JUNIOR, W.M.G.; ARAULO, G.W. Determinação dos Níveis de Ruído nas Unidades de Terapia Intensiva de dois Hospitais de Belo Horizonte, Visando uma Melhoria na Qualidade de Vida. In: Anais do VIII Congresso de Ecologia do Brasil. Caxambu, setembro, 2007.
- DRISCOLL, D.; CAICO, C. Critical pathways and mother-baby coupling. *Nursing Management*, v. 27, n. 12, p.122-25, 1996.

- DWYER, C. et al. Lambs' attachment to their mother: Importance of the first sucking. *Applied Animal Behaviour Science*, v. 44, n. 2, p. 273-86, 1998.
- EIDEN, R.; CORNS, D. Maternal working models of attachment, marital adjustment, and the parent-child relationship. *Child Development*, v. 66. n. 3, p. 1504-18, 1996.
- FERREIRA, E.A.; VARGAS, M.A.; ROCHA, S.M.M; Um Estudo Bibliográfico Sobre o Apego Mãe e Filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.6, n. 4, p. 111-116, 1998.
- FESHBACH, S. Aggression and attachment. *Social Science & Medicine*, v.50, n. 4, p. 567-72, 2000.
- FIELD, T. Attachment and separation in young children. *Review Psychologic*, v. 47, n. 8, p. 541-61, 1996.
- FLEMING A. S. & KRAEMER, G.W. Neurobiology of mother-infant interactions: experience and central nervous system plasticity across development and generations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. v. 23, n. 5, p. 673-85, 1999.
- FLETCHER. R. J. Child abuse and neglect; the myth of classlessness. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 48, n. 5, p. 608-617. 1995.
- FOWLES, E. Relationships among prenatal maternal attachment, presence of postnatal symptoms, and maternal role attainment. *JSPN*. v. 16, n.2, p.375-82, 1996.
- GARELLI, Juan C. Consideraciones sobre el enfoque de la teoría del attachment acerca del vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia. *Psicoanalisis*, v. 47, n. 5, p. 477-83, 1997.
- . Del la teoría del apego. *Psicoanalisis*, v. 49, n. 1, p. 384-89, 1999.
- HADDAD. L. et al. Care and nutrition: concepts and measurement. *International Journal of Pediatrics*, v. 27, n. 8, p. 1309-1337, 1999.
- HIND, H.; *Clinical Practice*. Disponível na Internet: [<http://www.attachmentresearch.com.br>]. 18 de março de 2000.
- KENDRICK, K. et al. Neural control of maternal behaviour and olfactory recognition of offspring. *Brain Research Bulletin*, v. 44, n. 4, p. 383-95, 1998.
- KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. *Vínculo: Construindo as Bases para um Apego Seguro e para a Independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- KULKARNI, G. *Anxious attachment*. Disponível na Internet: [<http://www.attachmentresearch.com.br>]. 18 de março de 2000.
- LECANUET, J.; FIFER, W. Psychobiological perspective. *Neuropsychologia*, v. 35, n. 1, p. 107-17, 1996.
- LENART, R.; ALADE, K. A concept analysis of parent-infant attachment. *Journal of Advanced Nursing*, v. 28, n. 5, p. 1071-81, 1996
- LERKETICH, S. & MERCER, R. Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mother during infancy. *Nursing Research*, v. 43, n. 6, p.344-51, 1998.

- LERKETICH, S; MERCER, R. Paternal-infant attachment of experience and inexperience father during infancy, *Nursing Research*, v.44, n. 1, p. 652-64, 1996.
- MALDONADO, M. T. *Os caminhos do coração*. São Paulo, Saraiva, 2000.
- MONTUORY, E. Mother-newborn interactions. *International Journal of Psychophysiology*, v. 35, n. 2, p. 143-54, 2000.
- MÜLLER, Mary. Prenatal and posnatal attachment: a modest correlation. *Clinical Studies*, v. 25, n. 2, p. 158-66, 1996.
- NOWAK, R.; PIERRE, A. G.; Colostrum mediates the development of mother preference by newborn lambs. *Physiology & Behavior*, v. 67, n.1, p. 49-56, 1999.
- OLIVEIRA, I.C. S; RODRIGUES, R.G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 14, n. 4, p. 498-505, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Saúde dos recém-nascidos: chave para a sobrevivência da criança*. Publicações OMS. Genebra, 2006.
- PAYNE, W.; HEMPERLY, J. *The psychological' art and reacherer' rigour*. Disponível na Internet. <http://www.ScienceDirect.com.br>. 15 de maio de 2000.
- PHILLIPS, C.R.; *Family-Centered Maternity Care*. Montreal, Medical, 2003.
- REDSHAW, M.E.; HARRIS, R.N. Training and education for nurses working in neonatal care. *Journal of Advanced Nursing*, v. 20, n. 16, p. 1023-29, 1998.
- SCHOEDER, M. *Alto risco em neonatologia*. Rio de Janeiro, Guanabara koogan, 1998.
- SCHNEIDER, J. F.; MACHADO, M. A.; COLLET, N. Separação mãe-filho: aspectos emocionais da mãe. *Arq. ciências saúde UNIPAR*, v. 6, n. 2, p. 145-150, 2002.
- SEGRE, C.A.M. *Perinatologia: Fundamentos e Práticas*. São Paulo: Savier, 2002.
- SEVI, A. et. Effect of gradual transition from maternal to reconstituted milk on behavioral, endocrine and immune responses of lambs. *Applied Animal Behaviour Science*. v. 64, n. 4, p. 249-59, 1999.
- SHAH, C.P. et al. The star justament of diade mother with child. *International Journal of Pediatrics*, v. 44, n. 3, p. 338-52, 1996.
- SPITZ, R. *O primeiro ano de vida*. 7.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1998.
- SOUZA, K. M.; FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010,
- WATERS, E.; STONY, M. Explaining about attachment. *Journal of Pediatrics*, v. 87, n. 1, p. 215-21, 1998.
- WINBERG, J; PORTER, R. Unique salience of maternal breast odors for newborn infants. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 23, n. 3, p. 439-49, 1999.

Informações Gráficas

FORMATO: 16 X 23 CM

MANCHA: 12,7 X 18,5 CM

TIPOLOGIA: ADOBE GARAMOND PRO - LITTLE LORD FONTLEROY NF

PAPEL : PÓLEN BOLD 90 G/M² (MIOLO) - CARTÃO SUPREMO 250 G/M² (CAPA)

TIRAGEM: 1000 EXEMPLARES

IMPRESSÃO E ACABAMENTO: SERMOGRAF