

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

MIRELLA IMBROISI

**COMO O PARTO E AS RELAÇÕES PRIMÁRIAS INTERFEREM NA
SAÚDE MENTAL DO BEBÊ**

BRASÍLIA - DF
2015

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

MIRELLA IMBROISI

COMO O PARTO E AS RELAÇÕES PRIMÁRIAS INTERFEREM NA SAÚDE MENTAL DO BEBÊ

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno Izídio da Costa.

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

MIRELLA IMBROISI

COMO O PARTO E AS RELAÇÕES PRIMÁRIAS INTERFEREM NA SAÚDE MENTAL DO BEBÊ

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. IlenoIzídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Avaliador

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Para a minha família e meu bebê, fontes
inesgotáveis de aprendizado e amor.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por estarem sempre presentes na minha vida com muito amor e dedicação.

Ao meu companheiro que me ensina todos os dias a ser uma pessoa melhor e mais feliz.

Ao meu bebê que está a caminho e que contribuiu tanto para o meu aprendizado e transformação.

A todos os professores e amigos que me inspiraram e colaboraram para eu me tornar quem eu sou.

"[...] Deixo ir tudo o que é diferente do amor. Há tempo e espaço para tudo o que quero fazer".

Louise Hay

RESUMO

Este estudo aborda como os diferentes tipos de parto e as relações primárias adequadas ou inadequadas interferem na saúde mental do bebê. Ressalta a importância de se estimular o esclarecimento e empoderamento de gestantes e puérperas para a promoção de partos mais humanizados no contexto brasileiro e aponta alguns aspectos considerados facilitadores do processo de vinculação mãe/bebê, destacando possíveis impactos nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional do recém-nascido. Reforça ainda a importância de qualificação e humanização das equipes de saúde que trabalham com a maternidade, bem como a necessidade de melhorar as políticas públicas de saúde para as mulheres. Para isso, foi realizado um estudo bibliográfico, utilizando uma linha de pesquisa qualitativa/clínica e o autor de referência escolhido foi Donald Woods Winnicott, de abordagem psicanalítica.

Palavras-chave: Parto. Relações primárias. Saúde mental.

ABSTRACT

The purpose of this research is to look at the different types of child birth and how the early primary inadequate and adequate stages interfere in the infant's mental health. Focuses on the importance of stimulating the clarification and empowerment of more humane child births to pregnant women and to those that have recently given birth in the Brazilian cultural context. A few considerable facilitating aspects stand out during the mother-child interaction, showing possible impacts in the initial emotional development of the newborn. Emphasizes the importance of the qualification and humanization of the health teams that work alongside the maternity department, as well as the necessity to better public policies in women's health. For this, a bibliographical study was completed, utilizing the qualitative/clinical line of research and the reference author chosen was Donald Woods Winnicott, from the Psychoanalysis school of Psychology.

Keywords: Child birth. Early Developmental Stages. Metal Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

1Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Governo do Distrito Federal – SEDEST

2Programa de Assistência Integral a Saúde da mulher – PAISM

3*Institute of Medicine* – IOM

4Organização Mundial de Saúde – OMS

5Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

6 Ministério da Saúde do Brasil – MS

7Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS

8Sistema Único de Saúde – SUS

9Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA.....	21
2 DESENVOLVIMENTO.....	22
2.1 TIPOS DE PARTO.....	22
2.2 EMPODERAMENTO DAS MULHERES PARA A ESCOLHA DO PARTO.....	29
2.3 FACILITADORES DO VÍNCULO MÃE/BEBÊ NAS RELAÇÕES PRIMÁRIAS.....	30
2.4 DIFICULTADORES DO VÍNCULO MÃE/BEBÊ NAS RELAÇÕES PRIMÁRIAS....	39
2.5 IMPACTOS NOS ESTÁGIOS INICIAIS.....	45
3 CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES.....	47
REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

Pretende-se com este trabalho abordar como os diferentes tipos de parto e de interação com a criança nos seus primeiros anos de vida podem influenciar a saúde mental do indivíduo. O intuito é demonstrar o quão indispensável é para o bebê, vivenciar uma relação afetiva com sua mãe ou quem represente esse papel para que ele consiga alcançar, de forma adequada, sua satisfação e saúde. Para isso, é importante entrar em um debate recorrente entre os psicanalistas: a data do nascimento psicológico do bebê e a sua capacidade para viver mental e emocionalmente fora do ventre materno.

Existem os profissionais que consideram o nascimento o marco do funcionamento mental, ou seja, quando começa a existir a interação com outros seres humanos. Já a outra vertente, compreende que o bebê não está nascido psicologicamente nos primeiros meses de sua vida pós-natal. Neste trabalho, considerar-se-á o posicionamento dos primeiros. No entanto, levar-se-á em consideração ainda, os efeitos da influência materna sobre o feto durante a gestação e o parto, utilizando Donald Woods Winnicott como o autor de referência.

O tema gestação, parto e puerpério, sempre me despertaram interesse, mas o desejo em produzir este trabalho surgiu ao longo da minha experiência profissional, onde pude vivenciar momentos nos quais percebi a importância de se trabalhar as questões familiares dos sujeitos com o intuito de evitar rupturas, fragmentações. No cotidiano, compreendi a importância de desenvolver projetos relacionados à qualidade de vida da mulher e da família e necessitei de amparo técnico que me possibilitasse uma leitura e compreensão adequadas de situações relacionadas a esses temas. Dessa forma, surgiu o interesse em estudar o início do processo, o primeiro contato familiar, ou seja, a forma de chegar ao mundo, o parto.

Sendo o parto o meu objeto de estudo, pude perceber a importância de se valorizar e desenvolver estratégias para que um número maior de mulheres pudesse vivenciar um parto menos traumático e para que fossem capazes de criar, dessa forma, vínculos mais saudáveis e profundos com os seus bebês. Tais vínculos poderiam afastar ou diminuir a probabilidade de o desenvolvimento de doenças mentais para a criança.

As mulheres foram escolhidas como foco deste estudo por serem, geralmente, protagonistas nos cuidados a um bebê. É claro que o pai, uma mãe substituta ou rede familiar podem desempenhar papéis fundamentais e imprescindíveis; no entanto, é a genitora que costuma ser a pessoa com a maior capacidade de entrega para a criação de um filho. Além disso, segundo Winnicott (2013), a mãe tem vontade e capacidade de desviar o interesse do

seu próprio *self* para o bebê– conceito definido pelo autor como “preocupação materna primária.”

A partir da experiência do dia a dia e do interesse pelo tema, nasceu a roda de conversa para adolescentes do sexo feminino de 13 a 18 anos acolhidas em uma unidade da Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Governo do Distrito Federal – SEDEST, fundada para abrigar crianças e adolescentes em situação de rua. A unidade situa-se no plano piloto, mais especificamente na asa norte, local considerado estratégico por estar próximo a rodoviária, onde observa-se muitas jovens em situação de rua e drogadição.

A roda de conversa acontecia todas às terças-feiras de 19h as 20h na própria unidade de acolhimento e era dirigida, ou melhor, apoiada por mim e outra psicóloga da equipe, mas as verdadeiras protagonistas e condutoras sempre foram as participantes. Esse encontro foi intitulado de: “Vamos falar sobre o quê?” e as adolescentes escolhiam no próprio dia, o conteúdo que estava mobilizando o grupo para dialogarmos. Em média, participavam de 6 a 8 jovens que elegiam falar, em quase todos os encontros, sobre sexualidade.

O grupo teve a duração de 9 meses. Interessante “coincidência” com o período gestacional, outro assunto que aparecia com frequência na roda de conversa, uma vez que muitas adolescentes já eram mães ou estavam grávidas naquele momento. As poucas que ainda não tinham vivenciado a maternidade demonstravam interesse em realizar o feito em breve.

Analizando esse desejo durante os nossos encontros, pude compreender que o interesse em engravidar era acentuado nessas meninas tão jovens por diversos fatores, sendo um significativo, o fato de o bebê ser compreendido como a única “coisa/pessoa” que elas não perderiam ao longo da vida, pois já haviam perdido suas casas, suas famílias, seus pertences e se encontravam em situação de extrema vulnerabilidade.

Durante os encontros, falou-se muitas vezes sobre questões de gênero, raça, etnia, gestação, parto e pós-parto e, chamou atenção da equipe, o interesse e participação das meninas, que dificilmente faltavam a algum encontro. É possível que alguns aspectos possam ter despertado esse interesse, como o fato de ser o primeiro grupo realizado na unidade apenas para participantes de sexo feminino ou o único que propiciou a discussão de temas livres. O importante na roda era compreender os sentidos por meio da fala das adolescentes e não apenas escutá-las e esse espaço gerou a possibilidade de escutar além do que era falado, privilegiando experiências singulares e percebendo especificidades.

Aroda se tornou um espaço de importante transformação para as acolhidas e a relação com as profissionais e outras adolescentes começou a fluir de forma diferente. Os ganhos eram perceptíveis e a equipe avaliou que esse momento destinado apenas às mulheres era bastante rico e produtivo e que manter grupos como este significava investir em saúde pública.

É também necessário reconhecer que política pública não é apenas o documento público institucional, como os planos nacional, estaduais e municipais de saúde mental ou de saúde da mulher e os diversos programas terapêuticos, mas também tudo aquilo que os profissionais e agentes de saúde que atuam no atendimento básico à saúde fazem no cotidiano de seu trabalho, sobretudo no que diz respeito à relação com os pacientes e usuários desses serviços. (MALUF, 2010, p. 30).

Durante os encontros, ficou claro que aquelas adolescentes só haviam recebido, até o momento, informações relativas à sexualidade na esfera da prevenção, sendo elas muito simplificadas. Por meio do relato das participantes, identificamos que outros pontos precisavam aparecer de forma mais consistente, como: direitos sexuais, saúde mental da mulher, alterações hormonais e emocionais durante a gestação, violência durante o parto, depressão pós-parto e cuidados dirigidos a um bebê. O diálogo precisava ser ampliado para que o alcance as informações fosse maior. Maluf explicita que:

No caso específico das políticas de saúde voltadas para as mulheres, a quase totalidade dessas políticas, (expressa por exemplo no Programa de Assistência Integral a Saúde da mulher – PAISM, de 1984) é ocupada com as questões de saúde reprodutiva e prevenção. [...] Apenas muito recentemente, após a II Conferência Nacional de Políticas par Mulheres, em 2007, que a necessidade de uma política de saúde mental também na perspectiva de gênero começou a ser discutida. (MALUF, 2010, p.32).

Ficou ainda mais evidente que o diálogo do grupo precisava ser ampliado após uma das participantes de 17 anos dar a luz. Além de toda a sobrecarga emocional que a jovem estava vivendo, ela experienciou o contexto hospitalar, uma série de violações e negligências, a começar pela proibição do hospital de deixá-la ser acompanhada por uma pessoa da sua escolha, apesar de esse direito ser garantido pela Lei número 11.108 de 7 de abril de 2005 – que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Após muito diálogo e insistência na recepção, conseguimos assegurar o direito dela de escolher uma acompanhante e entramos em busca de atendimento. Ela ficou aguardando por quase duas horas alguém atendê-la em uma maca no corredor. Não foi acolhida por nenhum profissional, não foi ouvida e não pôde sequer demonstrar que estava sentindo dores. Após a longa espera, foi abordada por um profissional hostil, que sem se apresentar, pediu para que ela abrisse as pernas para um exame de toque no canto do corredor. A jovem

cedeu ao pedido apesar do enorme constrangimento de não ter a menor privacidade naquele local, onde passavam muitas pessoas.

De forma invasiva e pouco cautelosa, o doutor iniciou o exame que a fez gritar de dor. Nesse momento, o profissional se mostrou incomodado e falou que ela deveria aguentar quieta, pois na hora de fazer não havia achado ruim. Sem muitas explicações, avisou de forma sucinta e pouco esclarecedora, que ela não tinha dilatação suficiente e que deveria aguardar em casa. Mal sabia o médico que a jovem parturiente não tinha um lar, não tinha família e estava acolhida provisoriamente em um abrigo do governo para pessoas em situação de rua, que teria de deixar quando o seu bebê nascesse por causa de proibições institucionais que não aceitavam a permanência de crianças naquele local.

Voltamos para o abrigo onde estavam aproximadamente 20 jovens que eram acolhidos na unidade. Por ser um sábado à noite, eles escutavam música alta, dançavam hip hop, jogavam basquete e faziam bastante barulho. A jovem entrou no seu quarto praticamente sem conseguir andar, por causa das fortes contrações, deitou-se na cama sem lençol e chorou baixinho.

Pedimos a colaboração das outras 6 meninas que dividiam o quarto com ela no sentido de respeitarmos aquele momento delicado e a deixássemos ter um pouco mais de privacidade e silêncio. Conversamos ainda com os rapazes que estavam na área de lazer pedindo o mesmo. Após quatro horas de muita dor e insegurança da adolescente voltamos ao hospital. A demora se repetiu e o novo exame de toque foi ainda mais aversivo, uma vez que o médico disse que ela não deveria ter voltado, pois a dilatação não era suficiente ainda e que gritar mais alto não faria com que ela ficasse internada.

De volta ao abrigo, mais uma vez, a ansiedade dos acolhidos e da equipe já tomava conta do local. Todos estavam inquietos e com um sentimento de impotência, sem saber como ajudar. Ficaram revoltados por ela não ter podido ficar no hospital para receber um acompanhamento especializado.

Após duas horas de espera e angústia na unidade de acolhimento, a jovem adolescente disse que o bebê estava nascendo. Corremos pela terceira vez para o hospital e o parto quase ocorreu dentro do carro. Quando chegamos ao destino, os plantonistas haviam trocado de turno e dificultaram novamente a nossa entrada. Pediram novos cadastros, fichas e negaram novamente a entrada de uma acompanhante. Como não havia mais tempo para discussões, a jovem foi levada sozinha, chorando e com muito medo para vivenciar o momento que poderia ter sido o mais belo e pleno de sua vida.

O bebê nasceu e, a mãe antes eufórica pela sua chegada, mal conseguia segurá-lo no colo. Chorava copiosamente, não sabia amamentá-lo, estava traumatizada com o parto, sentia medo por não ter onde morar, não tinha rede familiar ou comunitária de apoio e desenvolveu um quadro de depressão pós-parto que a impossibilitou durante meses de estabelecer uma relação positiva com o novo membro.

A partir desse momento, a minha necessidade de estudar o parto e as relações primárias mãe e bebê foram confirmadas. Busquei textos que pudessem ilustrar a violência e a omissão que muitas jovens sofrem no contexto hospitalar durante o nascimento de seus filhos para pensar em intervenções possíveis.

Por meio dessas leituras, encontrei dois exemplos de falas que me parecem fiéis as das participantes da roda de conversa. Elas ilustram as angústias vivenciadas por essas jovens que me encorajaram a trabalhar com intervenções de grupo ao longo da minha experiência em unidades de acolhimento.

Os relatos foram extraídos do artigo **Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto** das autoras Leila Regina Wolff e Vera Regina e visam explicitar como as violências e negligências são rotineiras durante o parto no atual sistema de saúde brasileiro.

Relato número 1.

Gestante aos 30 anos.

“Tem indiferença de alguns profissionais[...]nem olhar pra gente, para ver a gente gritando[...]aquilo ali é rotina deles, mas é que a gente está ali gritando de dor e tem uns que ficam lendo na nossa frente e não são capazes de olhar, eu acho indiferença[...]são profissionais, eles lidam com isso todo dia[...]se acostumaram[...]não acho bom, porque o paciente está ali, precisando de assistência, de alguém fique ali, pode ser uma pessoa próxima, um parente, que entre só para ficar juntos, já que eles têm outras coisas para fazer[...]gostaria que o profissional fosse mais esforçado, para olhar a gente mais vezes[...]mas eu acho que às vezes não é possível [sic].”

Relato número 2.

Gestante aos 22 anos.

“O que eu não gostei foi daquele doutor da noite, que me deixou lá e não fez o meu parto[...]ele não explicava nada, só dizia que não dava, que não tinha dilatação, que não tinha isso, que não tinha aquilo, virava as costas e saía e às vezes estava sentado na minha frente, eu chamava e ele não vinha[...]ele dizia: Tu tem que esperar, só isso, nem me examinava[...]ele estava sentado na cadeira olhando uma revistinha, isso eu achei mais debochado, porque se ele está ali, ele está ali para atender as pacientes, não fui só eu que reclamei aquela noite, teve mais gente[sic].”

As duas extrações acima demonstram que a queixa em relação ao atendimento prestado pela equipe médica às gestantes é frequente. As pacientes dizem que não são “vistas” e “ouvidas” e acabam submetendo-se as decisões do médico. Não existe espaço

para a fala e para a manifestação dos desejos das mulheres e, o fato de apenas o modelo médico (que busca sintomas e diagnósticos) ser levado em consideração, faz com que as angústias e sentidos não sejam compreendidos.

A supervalorização do modelo médico faz com que, muitas vezes, o parto seja invasivo, violento e diferente do imaginado. Gera sofrimento e pode contribuir para a mulher estabelecer um vínculo frágil com o seu bebê, colaborando para um quadro de depressão pós-parto, transtorno de ansiedade ou outras psicopatologias. Inúmeros autores como Michel Odent, Ina May, Françoise Dolto e Laura Gutman, apontam que o parto violento pode alterar a relação mãe e bebê de forma significativa. Ressaltam ainda que a violência contra a mulher ocorre todos os dias nos hospitais.

Em relação a depressão, Andrade, Viana & Silveira (2006); Rabasquinho & Pereira (2007); Santos (2009) e Zanello (2010) apontam para uma maior ocorrência de depressão e transtornos de ansiedade entre as mulheres. Segundo Zanello, há duas correntes prevalentes que interpretam de maneira diferenciada esta ocorrência: de um lado, uma corrente biologizante, que tende a encontrar no substrato biológico a “causa” (ANDRADE, VIANA & SILVEIRA, 2006). Por outro, uma corrente sócio-histórica, cuja interpretação leva a uma leitura das causas sociais, inclusive as relações de gênero implicadas. (ZANELLO, 2010, p. 41).

É claro que quando falamos especificamente de depressão pós-parto, estamos falando de algo que acomete apenas as mulheres, mas compreender as principais correntes a respeito da prevalência de depressão e transtornos de ansiedade entre as mulheres e diferenciar gênero e sexo se faz fundamental para evitar falhas nos critérios diagnósticos.

Importante aqui entender gênero como o “termo usado para se referir à auto-representação como homem ou mulher, ou a expressão psicossocial de se viver como homem ou mulher. Gênero é um termo representativo de uma configuração altamente complexa de processos biológicos, psicológicos e comportamentais”. Já o conceito de sexo para o *Institute of Medicine* - IOM (1998) é a “classificação de acordo com órgãos reprodutivos e o complemento cromossômico, isto é, fenômenos complexos e biológicos ligados à existência de um complemento cromossômico XX ou XY. O ambiente hormonal reprodutivo é um exemplo de distinção entre homens e mulheres; entretanto, os efeitos do sexo se estendem muito além do sistema reprodutivo”. (NARROW; FIRST; SIROVATKA; REGIER, 2009, p. 8).

O que temos ouvido na pesquisa de campo são relatos e narrativas de experiências de outra ordem, social, política, simbólica, ligadas a contextos tanto locais quanto sócio-histórico-culturais mais amplos que podem nos dizer muito sobre as aflições contemporâneas e suas configurações de gênero. Levar essas vivências em consideração, fazer um esforço para compreender, ou ao menos ouvir, as explicações e interpretações dos sujeitos que são alvo dos programas governamentais, perceber os discursos e as experiências sociais como também produtores de verdade pode ser o começo de uma outra política pública, não apenas em saúde. (MALUF, 2010, p.52).

É importante dizer que além de se distinguir gênero e sexo, existem outros pontos que devem ser considerados para que as pesquisas com as mulheres sejam fidedignas, como: hábitos de vida, acesso à informação, cor da pele, mecanismos de segurança, exposição à violência e outros capazes de influenciar a história dos sujeitos. Com essa análise mais abrangente, as diferentes pesquisas sobre o tema podem modificar a realidade, melhorar contextos (como o hospitalar) e apoiar as Políticas Públicas.

a.Relevância do trabalho

O presente trabalho visa demonstrar como o parto e as relações primárias interferem na saúde mental do bebê. Por meio de relatos e referenciais teóricos destacou-se ao longo deste produto as diferentes formas de dar a luz e a importância de a mulher poder escolher a sua forma de parir, para que ela ocorra de modo mais humanizado. Para isso, ressaltou-se a importância de se resgatar algumas características femininas capazes de empoderar as mulheres e propiciar facilitadores para a relação mãe/bebê como forma de prevenir adoecimentos.

Além de ser um instrumento importante para gestantes, o texto visa ainda estimular a formação de grupos para mulheres mediados por profissionais de saúde. Quando há qualificação técnica profissional de enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros trabalhadores que dedicam o seu cuidado ao outro, a possibilidade de os profissionais conseguirem conduzir grupos instrutivos aumenta.

Essa pesquisa deseja ainda ser relevante para despertar o interesse do leitor por projetos relacionados à qualidade de vida da família e da mulher, para valorizar estratégias de parto humanizado e de cuidados iniciais aos recém-nascidos e, principalmente, para ressaltar a importância do fortalecimento de vínculos entre mãe e bebê.

b. Justificativas

O estudo do desenvolvimento emocional em suas primeiras fases auxilia uma avaliação da saúde mental do bebê durante os primeiros anos de vida e permite um possível tratamento imediato, caso seja observada uma tendência de desenvolvimento afetado. Segundo Winnicott, “o desenvolvimento emocional do primeiro ano de vida lança as fundações da saúde mental do indivíduo.” (WINNICOTT, 2011, p. 5).

No universo psicológico há uma tendência natural ao desenvolvimento, que necessita de condições suficientemente boas para ocorrer. A ausência de algumas condições pode prejudicar à saúde mental do bebê e, um dos interesses desse trabalho, é apontar quais condições podem ser consideradas dificultadoras para esse processo, bem como as facilitadoras - capazes de minimizar prejuízos.

Do ponto de vista do bebê, segundo Winnicott (1988), inicialmente nada existe além dele próprio, ou seja, a mãe é parte dele. Essa ideia pode ser compreendida como a “identificação primária”. Não há como garantir que a psique do bebê irá formar-se de modo satisfatório; no entanto, ela não pode tornar-se um fato sem a participação de um ser humano que segure e cuide do bebê. O autor explana que a mãe adquire naturalmente o conhecimento necessário para cuidar de seu bebê, independentemente de qualquer aprendizado. O conhecimento é intuitivo. (WINNICOTT, 1988).

O autor diz ainda que há algo na mãe de um bebê que a torna qualificada para proteger seu filho nas fases mais vulneráveis e, com isso, ela se torna capaz de contribuir com as necessidades da criança.

Quando a mãe se sente segura e apoiada pela família, ela fortalece suas possibilidades de contribuir com as necessidades da criança colaborando para que ela tenha impactos positivos nos seus estágios iniciais. Além disso, o ambiente torna-se mais propício para que o vínculo mãe/bebê se estabeleça de forma favorável.

c. Objetivo geral

-Analisar como o parto e as relações primárias interferem na saúde mental do bebê.

d. Objetivos específicos

- Estimular reflexões sobre os diferentes tipos de parto;
- Incentivar o protagonismo da mulher na escolha do próprio parto;
- Explanar os facilitadores e dificultadores da vinculação mãe/bebê nas relações primárias;

- Evidenciar a importância de propiciar condições suficientemente boas ao bebê no início da vida, bem como um ambiente acolhedor e protetivo;
- Destacar a relevância de se fornecer qualificações profissionais e capacitações humanizadas para as equipes de saúde, e
- Impulsionar melhorias nas políticas públicas de saúde.

e. Exposição dos tópicos

Os tópicos do desenvolvimento deste trabalho estão separados da seguinte forma:

- Tipos de parto;
- Empoderamento das mulheres para a escolha do parto;
- Facilitadores da vinculação mãe/bebê nas relações primárias;
- Dificultadores da vinculação mãe/bebê nas relações primárias; e
- Impactos nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional do bebê quando o parto e as relações primárias não se desenvolvem adequadamente.

1.1 METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA

Desenvolveu-se um estudo bibliográfico, utilizando uma abordagem de pesquisa qualitativa/clínica. Os dados não foram levantados com a intenção de quantificar e sim de compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, destacando a vivência das gestantes, as violências que as parturientes experienciam cotidianamente e os impactos no desenvolvimento mental do bebê.

A pesquisa qualitativa apresentou alguns relatos de experiência, sem a identificação dos sujeitos, para ilustrar as histórias de vida das mulheres, suas experiências no processo de parir e sentimentos envolvidos na gestação, parto e puerpério.

As obras e coletâneas de palestras proferidas pelo pediatra e psicanalista Donald Woods Winnicott foram a principal fonte de consulta para este trabalho e a base de dados eletrônica mais utilizada foi a *scielo*, onde os artigos foram localizados por meio dos seguintes descritores: parto, relações primárias mãe/bebê e saúde mental infantil.

Foram consultados também livros, teses e artigos de outros autores que aparecerão ao longo do texto. No entanto, Winnicott foi escolhido como referência por abordar com veemência temas discutidos nessa pesquisa, como: relação mãe/bebê, saúde materna, estrutura familiar, o parto, o nascimento, o puerpério, experiências com bebês, desenvolvimento humano e, principalmente, por contribuir para a compreensão da natureza humana, tendo como eixo norteador a saúde e não a patologia.

Abaixo, algumas subdivisões se tornam necessárias para melhor compreensão do leitor. Inicialmente serão abordados os tipos de parto mais utilizados no contexto brasileiro e possíveis consequências para as mães e bebês. Em seguida falar-se-á da importância do empoderamento das gestantes para a escolha do parto, bem como os facilitadores e dificultadores da vinculação mãe bebê após o nascimento. E, por fim, abordar-se-ão os impactos nos estágios iniciais do desenvolvimento quando o parto e as relações primárias não se desenvolvem adequadamente.

2.1 TIPOS DE PARTO

O parto é um momento único para a mãe e para o bebê e pode ser vivenciado de forma plena ou de forma traumática, dependendo das condições envolvidas, do preparo da mãe e da equipe médica, do contexto no qual ocorre, do envolvimento ou não da família, dos riscos existentes e uma série de outros fatores. Ele pode ser compreendido como o importante momento que finaliza a gestação e dá início a vida que se formou nos meses anteriores, devendo receber atenção especial das políticas públicas de saúde.

Muitas gestantes vivenciam diariamente na rede pública e na rede privada de saúde, uma série de negligências e violências na hora de parir. Queixam-se de não receberem apoio, de não terem acesso a informações e de não serem ouvidas e consultadas. Com isso, acabam não podendo exercer o papel de protagonistas neste momento único e especial.

As violências e negligências aparecem nas duas possibilidades de nascimento para o bebê, seja por meio dos partos abdominais, conhecidos como cesarianas, seja por meio dos partos vaginais. Abaixo eles estão descritos e uma terceira categoria foi adicionada, a do parto humanizado, que este estudo visa destacar como o mais recomendado para a saúde da mãe e do bebê, por causar menores possibilidades de traumas e adoecimentos futuros.

a. Parto abdominal

O número de cesarianas – parto abdominal – realizadas no Brasil nos últimos anos, é 3 vezes maior que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS. Segundo a pesquisa ‘Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento’, desenvolvida pela fundação Oswaldo Cruz em parceria com o Ministério da Saúde entre 2011 e 2012, no Brasil, o índice atual de cesarianas é de 52% nas pacientes do Sistema Único de Saúde, chegando a 88% na rede privada.

A cesariana é uma cirurgia que deve ser utilizada em casos de emergências médicas ou quando há algum tipo de complicação durante a gestação ou parto, como, por exemplo, situações de diabetes, hipertensão arterial, descolamento de placenta ou quando o bebê ou a mãe correm algum tipo de risco. No entanto, no Brasil, a cesariana eletiva se popularizou e é hoje utilizada de forma indiscriminada.

Uma série de motivos colaboram para a popularização do parto cesáreo: a comodidade para os médicos que não necessitam aguardar durante horas a mulher em trabalho de parto dar a luz, o desejo da mãe de não sentir dor ou de planejar a data do nascimento do bebê, o anseio de preservar o períneo e a vagina, o procedimento de laqueadura que pode ser realizado nesse momento e outros fatores socioculturais. Mas não deve haver justificativa de nenhuma ordem, seja financeira, técnica ou científica, que valide essa taxa alta de cesáreas na saúde suplementar.

O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS colocaram em consulta pública duas resoluções em outubro de 2014, que tinham o intuito de reduzir a incidência de cesáreas desnecessárias na rede particular de saúde. Em janeiro de 2015, foram divulgados os resultados desse levantamento e as novas regras para incentivar o parto normal.

Entre as normas apresentadas pelo ministro da Saúde e pelos diretores da ANS está o maior acesso à informação por parte das usuárias dos planos de saúde - que hoje correspondem a 23,7 milhões de mulheres com atendimento obstétrico. Com essa medida, as gestantes poderão solicitar, por exemplo, o percentual de cesarianas e de partos vaginais feitos por hospital, por médico e por operadora. Além disso, o prazo para que os consumidores obtenham esses dados passou de 30 para 15 dias a partir da data de solicitação. Caso a empresa não atenda ao pedido, receberá multa de R\$ 25 mil reais.

Outra mudança estabelecida foi à obrigatoriedade das operadoras fornecerem o Cartão da Gestante contendo todas as informações do pré-natal. Com isso, qualquer profissional de saúde terá acesso ao histórico e à evolução da gravidez, podendo atender melhor a paciente na hora do parto. Esse documento também deve incluir a Carta de Informação à Gestante, para orientar e dar à mulher os subsídios necessários para que ela tome decisões de forma consciente no momento de dar à luz.

A terceira iniciativa da resolução do Ministério da Saúde e da ANS foi que os obstetras utilizem o partograma, um documento que irá registrar tudo o que ocorre no trabalho de parto e será, inclusive, considerado parte integrante do processo de pagamento do procedimento. Nesse instrumento, algumas informações imprescindíveis deverão entrar: se a mulher é diabética, tem hipertensão, quais remédios está tomando, como estão as contrações, se há

sofrimento fetal, se o parto não progride e outros, e será importante nos casos em que há, por exemplo, uma troca de médicos durante o trabalho de parto.

Estas medidas foram publicadas no dia 7 de janeiro de 2015 no Diário Oficial e o prazo para as operadoras se adaptarem à resolução foi de 180 dias. Além dessas regras, outras ações estão previstas para 2015 a fim de reduzir os altos índices de cesáreas no Brasil. Uma delas é a ampliação do programa Hospital Amigo da Criança e da Mulher para instituições privadas de saúde. A iniciativa visa, entre outras coisas, evitar procedimentos como a episiotomia (corte do períneo); garantir o acesso dos pais ao bebê durante as primeiras 24 horas, mesmo que a criança esteja na UTI neonatal; oferecer métodos alternativos para o alívio da dor na hora do parto, como massagens, uso de banheira e de bola de pilates; além de permitir o acompanhamento de uma doula durante o nascimento do bebê.

Apesar de haver inúmeros estudos demonstrando que o índice de parto cesáreo deveria ser menor no Brasil e muitos outros ressaltando os riscos de complicações que podem ocorrer para a mãe e para bebê com esse procedimento, o intuito neste trabalho não é estimular ou desestimular nenhuma forma de parto, e sim descrever como grande parte das mulheres se sentem ao dar a luz de uma maneira ou de outra e possíveis consequências para o bebê.

É claro que cada experiência é única e subjetiva e que não se pode afirmar que todas as puérperas vivenciaram o processo da mesma forma. No entanto, algumas autoras, como Piontelli (1995), ressaltam que muitas mães que necessitam fazer uma cesariana se queixam de uma sensação de irrealidade. Por não atravessarem as etapas naturais do nascimento, elas sentem que a criança veio de “nenhum lugar” e, por isso, não lhes pertence realmente. A autora relata ainda que um fator que costuma ajudar nesse processo é o ultrassom, uma vez que permite a futura mãe visualizar o seu bebê, auxiliando assim no estabelecimento do vínculo.

Após uma cesariana, é importante ressaltar que a mulher costuma estar mais fragilizada por causa da cirurgia e dos cortes e, muitas vezes, a recuperação ocorre de forma mais lenta e doída, devendo ser cautelosa. Esses fatores acabam afetando os primeiros cuidados da mãe para com o seu bebê, uma vez que ela está impedida de se entregar plenamente ao processo de maternagem. Outro dificultador é o fato de a mãe precisar ficar em repouso por alguns dias, necessitando de um maior suporte ambiental e, com isso, a sua disponibilidade para cuidar do bebê pode ser prejudicada.

Winnicott ressalta abaixo a importância das primeiras ocorrências na vida do bebê, incluindo a experiência do parto:

Muita coisa acontece no primeiro ano de vida da criança: o desenvolvimento emocional tem lugar desde o princípio; num estudo da evolução da personalidade e do caráter é impossível ignorar as ocorrências dos primeiros dias e horas da vida (e mesmo do último estágio da vida pré-natal, no caso de crianças pós-maduras); e até a experiência do nascimento pode ser significativa. (WINNICOTT, 2011, p.3).

Alguns autores, como Odent (1981) relatam ainda que na cesariana o bebê não escolhe a hora de nascer e não está pronto para respirar, o que pode ser considerado uma violência, o primeiro trauma vivido.

Nesse tipo de procedimento, o nascimento adiantado ou tardio se torna uma intrusão para o bebê, que não se sente preparado para sair. Dessa forma, é provável que precise de uma recuperação mais cuidadosa, afetiva e de muito acolhimento da mãe e de sua rede de apoio.

b. Parto vaginal

A escolha por um parto vaginal ou normal, como também é conhecido, ocorre, geralmente, pela melhor recuperação desse tipo de parto para a mulher e pelos benefícios comprovados ao bebê, como, por exemplo, sinalizar que está pronto para nascer e, ao passar pelo canal vaginal, sofrer uma compressão do tórax que elimina líquido amniótico dos pulmões e o auxilia a respirar.

Winnicott, citado por Coelho (2013), considera que as experiências do nascimento são boas e relata que o nascimento em um parto normal pode ser facilmente sentido pelo bebê como o resultado bem-sucedido do esforço pessoal devido a um *timing* acurado.

O corpo que pode ser elaborado imaginativamente durante o nascimento fortifica o desenvolvimento egóico. A passagem do corpo do bebê pelo canal do parto, pode deixar memórias de ser amado e cuidado. O bebê torna-se biologicamente preparado para respirar, e o ambiente favorece a mudança da não respiração para a respiração e adaptação aos efeitos da gravidade. (COELHO, 2013, p. 166).

O nascimento não deve ser generalizado como um evento traumático. O trauma foge a normalidade da espontaneidade do parto. No entanto, segundo Winnicott, “[...] a psicanálise vem mostrando gradualmente que mesmo o processo de nascimento não passa despercebido pelo bebê, e que, do seu ponto de vista, pode haver um parto normal ou anormal, que fica registrado em sua mente [...]” (WINNICOTT, 1988, p. 63).

Em um parto normal, do ponto de vista do bebê, ele próprio possibilitou a ocorrência do nascimento, porque estava preparado para o evento. Por meio de esforços convulsivos, por uma necessidade de respirar ou por algum outro motivo, o bebê fez alguma coisa, de tal forma que, sob seu ponto de vista, o nascimento é algo “realizado pelo bebê”. (WINNICOTT, 1988, p. 39).

Quando o bebê chega ao mundo na hora em que está preparado, enviando sinais para a mãe que deseja nascer, as complicações e os riscos são reduzidos, aumentando a

possibilidade de um bom desenvolvimento do trabalho de parto. Dessa forma, o nascimento se transforma em um momento único e especial e a mulher tem possibilidades de desenvolver um vínculo afetivo adequado com o seu bebê.

Odent (1981) diz que diferentes hormônios são produzidos pela mãe durante o trabalho de parto e o nascimento e não são imediatamente eliminados, tendo um papel específico na interação mãe/bebê. O autor diz que se pudermos interferir o menos possível, estaremos facilitando a natural ligação mãe e filho.

Diversas campanhas, como a do Ministério da Saúde “Normal é o parto natural” são exemplos de movimentos que têm surgido com o intuito de diminuir o abuso de cesáreas hoje no Brasil e a excessiva medicalização do processo natural de parir. A proposta de formas mais naturais de dar à luz e a sugestão do parto de cócoras (vertical) têm ganhado espaço de discussão entre leigos e especialistas.

Em muitos manuais e guias de preparação para o parto, são frequentes as comparações entre o parto no Ocidente e em outras sociedades, acentuando-se a inadequação das formas medicalizadas e a superioridade de outras culturas. Essas referências são verdadeiras fontes de inspiração de uma espécie de antropologia do parto que tem sido produzida no âmbito do ideário e são compartilhadas pelas pessoas que buscam alternativas às formas convencionais de parir. (TORNQUIST, 2002, p. 488).

Com o incentivo a formas mais naturais de parir e divulgações mais contundentes sobre as vantagens do parto normal para a mãe e para o bebê, talvez seja possível, dentro de alguns anos, elevar o número de partos vaginais novamente no Brasil. Dessa forma, seria viável promover a puérpera uma recuperação mais rápida do parto (o útero volta ao seu tamanho natural de forma mais célere) e um menor tempo de internação hospitalar, além de submetê-la a um menor risco de infecção. Muitos outros problemas poderiam ser minimizados ainda, pois o parto vaginal propicia o favorecimento da produção de leite materno e auxilia na importante construção do vínculo mãe/bebê.

c. Parto humanizado

Há várias maneiras de ocorrer um parto humanizado. Entenda-se parto humanizado como aquele onde há o mínimo de intervenções médicas possíveis e onde a mulher se coloca como protagonista conduzindo todo o processo. O bebê sinaliza estar pronto e a mãe respeita o caminho, seguindo seus instintos e percebendo o seu ritmo e o seu corpo.

Para que a mãe consiga se perceber, é necessário que ela esteja em um ambiente acolhedor e propício. Por isso, um local favorável para a ocorrência do parto humanizado é o

próprio lar da gestante. No parto domiciliar, as chances de interferência da equipe de saúde são menores e a mãe é capaz de respeitar seus instintos e parir de forma menos invasiva e violenta.

A gestante, nesse tipo de parto, opta ou não por uma doula, parteira ou até mesmo médica ou enfermeira, mas, provavelmente, chamará para participar desse momento, apenas os profissionais nos quais ela confia plenamente e se sente capaz de se entregar. Ela precisa sentir a equipe humanizada e precisa ser reconhecida como um ser humano também.

Um sistema hospitalar que não permite que uma mulher saiba com antecedência quem será seu médico e sua enfermeira por ocasião do parto não pode ser considerado bom, mesmo que se trate da clínica mais moderna, bem equipada, esterilizada e cromada do país. É este tipo de coisa que leva as mães a preferirem ter seus filhos em casa, assistidas pelo médico da família, só recorrendo a um hospital em caso de emergência. Pessoalmente, acho que devemos apoiar totalmente as mães que queiram dar à luz em suas casas, e seria um fato lamentável se, na tentativa de propiciar os cuidados físicos ideais, chegasse uma época em que o parto em casa se tornasse inviável. (WINNICOTT, 1988, p. 65).

Quando a mulher sabe quem a auxiliará na hora de parir, ela se sente acolhida e segura, sendo diferente a sua entrega durante o trabalho de parto, pois sabe que pode confiar nos que estão presentes. Quando se fala em processo de entrega, automaticamente se faz uma associação à confiança e a segurança. Dificilmente ocorre a entrega plena se não se confia ou não se sente confortável naquele contexto ou com determinadas pessoas. Sendo assim, uma vantagem do parto humanizado domiciliar, é a gestante estar em um espaço familiar onde se sente acolhida, protegida, segura e onde possa optar pela companhia de pessoas indispensáveis para despertar a sua autoconfiança, como o marido, a própria mãe, irmãos ou outros que possam auxiliar no processo.

Destacou-se o parto domiciliar por ser um contexto favorável para a ocorrência de um parto humanizado, mas nada impede a mulher de parir de forma humanizada em um hospital ou em uma casa de parto, por exemplo. Se o contexto for propício e a equipe acreditar na possibilidade de a mãe respeitar seus instintos e o momento do bebê, é provável que não ocorram interferências e procedimentos desnecessários, fazendo com que o processo flua da maneira mais natural possível.

Importante ainda ressaltar que atualmente existem muitos hospitais que divulgam realizar o parto humanizado e que, na verdade, apenas providenciam um quarto com iluminação adequada, uma banheira, bolas e cordas para os exercícios durante as contrações. No entanto, as equipes muitas vezes não conhecem e não tem vínculo algum com a gestante, as enfermeiras e/ou médicas entram diversas vezes no leito com o intuito de apressar o processo - que pode ser demorado - ou fazem recorrentes exames doloridos de toque vaginal,

o que pode desencorajar a gestante a dar a luz de forma natural, além de uma série de outras violências que podem ocorrer. Quanto mais violências e intrusões ocorrem durante um parto, maior a probabilidade de o parto ser traumático para o bebê, que possivelmente ainda não está preparado para uma perturbação prolongada do ambiente. Sendo assim, as interrupções devem ser breves e necessárias para que não se tornem significativas.

A mulher necessita da enfermeira e de sua capacidade de ajudar da forma certa no momento certo, caso haja algum problema. Não obstante, ela está sob o domínio de forças naturais, e de um processo que é tão automático quanto à ingestão, a digestão e a excreção. (WINNICOTT, 1988, p. 66).

Winnicott (1988) coloca no primeiro e mais importante lugar a questão da familiaridade entre a mãe, o médico e a enfermeira, e da continuidade desse contato, se possível, durante toda a gestação ou bem antes da data do parto. Dessa forma, a vinculação ocorre, a mulher se empodera e as violências e traumas médicos diminuem.

2.2 EMPODERAMENTO DAS MULHERES PARA A ESCOLHA DO PARTO

É muito importante que as mulheres voltem a se empoderar para que tenham o seu protagonismo respeitado durante o parto assegurando o seu direito de escolher a forma de nascimento de seu bebê e as condições nas quais deseja que esse momento ocorra. Para isso, é necessário que as gestantes resgatem a consciência da naturalidade do processo de dar a luz e a confiança em seus instintos. Caso as gestantes se sintam seguras e certas do poder de dar a luz e reivindicar direitos, talvez consigam garantir uma maior humanização no procedimento, evitando o uso de técnicas invasivas e desnecessárias.

Mesmo entre as autoras e pessoas identificadas de forma mais clara com a vertente alternativa, que costumam sublinhar que o parto é um evento ritual (portanto, social), encontramos imagens semelhantes, sugestivas da mesma noção de universalidade do comportamento humano e da natureza feminina. O empoderamento das mulheres passaria pelo resgate dos poderes e saberes femininos que o processo civilizatório teria eliminado ou submetido. Esses poderes estariam centrados na condição natural, biológica e instintiva da mulher, ou seja, a sua sexualidade, sua capacidade reprodutiva, seu instinto maternal. No entanto, há um reconhecimento de que é preciso aprender a resgatar esses saberes ancestrais, de onde a necessidade da didática do parir e do maternar. (TORNQUIST, 2002, p. 489).

O resgate dos saberes naturais, dos ensinamentos das parteiras, das mães e avós, deve ocorrer para que as parturientes possam vivenciar partos mais humanizados. As gestantes possuem um instinto materno e uma conexão com o corpo e com a natureza, no entanto, os saberes médicos e científicos hoje em dia são supervalorizados e os naturais diminuídos, dificultando assim a crença de que a mulher é forte e capaz.

Nesse sentido, podemos pensar que a pedagogia do parto e a didática da gestação, sugeridas pelos manuais para mulheres grávidas, seriam uma socialização consciente, necessária para recuperar instintos perdidos, mas para efetivamente aprender e treinar técnicas corporais que foram desaprendidas na medida em que o parto deixou de ser assunto de mulheres e passou para o campo médico, tornando-se um saber esotérico, muitas vezes inacessível à maioria das mulheres. A pedagogia do parto se coloca como uma tarefa da mulher moderna, que escolhe dar à luz, que é dona de seu corpo e de sua sexualidade: há um feminismo em todas essas imagens das mulheres cuja singularidade (um corpo capaz de gestar e parir) é valorizada como um espaço de poder e de saber. As mulheres são vistas como capazes de ter seus filhos com a mediação e apoio de outras mulheres, não lapidadas pela formação médica intervencionista. (TORNQUIST, 2002, pp. 489-490).

Com isso, observa-se que, se a mulher estiver consciente e empoderada, ela poderá ser a protagonista do seu processo e garantir o seu direito de parir com plenitude, enfrentando os obstáculos externos e internos. Por meio desse processo, onde o poder foi delegado à mulher e não ao médico, podem acontecer transformações nas relações sociais, culturais, econômicas e de poder.

2.3 FACILITADORES DO VÍNCULO MÃE/BEBÊ NAS RELAÇÕES PRIMÁRIAS

Segundo Winnicott (2008), em condições favoráveis normais (identificação inicial da mãe com o filho e posteriormente ao interesse combinado de ambos os pais), o bebê é capaz de manifestar uma tendência à integração, que faz parte do processo de crescimento. Se as condições forem adequadas nos primeiros estágios e estimularem a integração da personalidade, essa integração afetará o ambiente externo, contribuindo para a situação familiar. Existem, dessa forma, os aspectos que colaboram para a integração da personalidade e do vínculo mãe/bebê e existem alguns dificultadores. Abaixo estão citados alguns exemplos de pontos que podem ser considerados facilitadores do vínculo mãe/bebê nas relações primárias.

a. Amamentação

Segundo Halpern e Figueiras, uma das medidas mais importantes na área da prevenção e que oferece benefícios em várias áreas é o incentivo ao aleitamento materno. Embora ainda não existam conclusões definitivas em relação ao papel do leite humano no desenvolvimento cognitivo, os diferentes estudos realizados em contextos diversos nos levam na direção de que o aleitamento materno influencia positivamente o desenvolvimento das crianças e a relação mãe-bebê. Essa relação, quando adequada, é um início seguro para a saúde mental da criança. Além das vantagens nutricionais, psicológicas e imunológicas já comprovadas, a evidência de que as crianças amamentadas apresentam um melhor desempenho no seu desenvolvimento cognitivo futuro é um elemento adicional para que o aleitamento materno seja estimulado de forma mais consciente. (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004, p.4).

Apesar de autores como Britton R, Britton L e Gronwaldt (2006) afirmarem que a amamentação não apresenta relação direta com o vínculo estabelecido entre mãe/bebê e que o importante é a qualidade de interação e não o tipo de alimentação, existem outros pesquisadores que defendem o oposto. Entendem a amamentação como uma importante fonte para o desenvolvimento emocional, sugerindo favorecerem fortalecimento da relação afetiva entre a mãe e seu filho, estimulando e reforçando o vínculo mãe/bebê (KUMMER et al., 2000; SANDRE-PEREIRA et al., 2000; ESCOBAR et al., 2002; GAMBURGO et al., 2002; SANTOS et al., 2005; VASCONCELOS et al., 2006 citado por COSTA e LOCATELLI, 2008).

Além de reforçar o vínculo mãe/bebê, o Ministério da Saúde do Brasil - MS e a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde - OMS enfatizam a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, e sua complementação, a partir de então, com

outros alimentos e sua manutenção pelo menos até o segundo ano de vida para a prevenção de doenças (BRASIL, 2002; OPAS, 2003).

Segundo as autoras Marques, Cotta e Priore (2009) é imprescindível que os profissionais de saúde conheçam o cotidiano materno e os mitos e crenças sobre a amamentação com o intuito de desmitificar as crenças existentes no senso comum que podem afetar esse processo, como: “o meu leite é fraco, os meus seios vão cair, leite de vaca alimenta mais o bebê por ser menos aguado” e outros. Com isso, a amamentação é estimulada e o vínculo mãe/bebê fortalecido. (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2009).

Fica manifesto, por meio das citações acima, a falta de consenso em relação à importância do seio para o bebê. Winnicott (1988) em sua obra os bebês e suas mães aborda de forma interessante o assunto e defende que o importante é o contato, o olhar e não a forma de amamentar em si. O autor ressalta que uma mamadeira bem dada, onde ocorre o contato real com a criança, pode ser mais benéfica do que um seio dado sem desejo ou com alguma dificuldade pessoal, pois entende que a mãe e seu bebê podem se olhar e interagir sem a presença do seio. “O seio bom, significa uma maternidade e paternidade satisfatórias [...]. O ato de segurar o bebê e manipulá-lo é mais importante, em termos vitais, do que a experiência concreta da amamentação.” (WINNICOTT, 1988, p. 21).

Ressalta ainda que quando a mãe e o bebê chegam a um acordo sobre a alimentação (se será amamentação ou alimentação por mamadeiras), se estabelecem as bases de um relacionamento humano e a capacidade da criança de se relacionar com os objetos e o mundo. Sendo assim, não se tem apenas o início da alimentação e sim da relação objetal.

b. Estimulação adequada

A estimulação de um bebê pode começar ainda no ventre e existem várias formas de fazê-la. A mãe pode acariciar a barriga, falar com seu bebê, colocar uma música para ele, cantar e dançar. Após o nascimento, ainda nos primeiros dias de vida, é imprescindível que esse processo continue e, para que as estimulações sejam possíveis, devem existir condições favoráveis para a mãe ficar próxima a seu filho, uma vez que a ausência dela rompe o contato afetivo, que é o responsável por dar segurança à criança.

Para Freud citado por Bowlby (1993), a situação que se deve evitar a todo custo não é tanto a da perda afetiva, mas a do intenso traumatismo do ego provocado pela perda. A situação traumática a ser evitada é a ruptura do estado emocional do indivíduo. No caso da

criança, a causa de insegurança é, acima de tudo, a ausência da mãe (ou de substituto) ou a separação da mãe no momento em que a criança mais necessita de cuidado e proteção.

O contato com o bebê é indispensável e o ato físico de segurá-lo, segundo Winnicott, pode resultar em circunstâncias satisfatórias ou desfavoráveis em termos psicológicos. “Segurar e manipular bem uma criança facilita os processos de maturação, e segurá-la mal significa uma incessante interrupção destes processos, devido às reações do bebê às quebras de adaptação.” (WINNICOTT, 1988, p. 54).

O autor ressalta que quando um bebê é bem segurado, ele começa a adquirir confiança no mundo se tornando capaz de atravessar bem as fases do seu desenvolvimento emocional, com isso, a base de sua personalidade estará sendo bem assentada. “Os bebês não se recordam de que as pessoas os seguravam bem, no entanto, lembram-se da experiência traumatizante de não terem sido segurados de forma adequada.” (WINNICOTT, 1988, p. 54). Quando a mãe segura o bebê e ele se sente segurado por ela, ele se afirma enquanto pessoa. “O desenvolvimento do bebê, só pode ocorrer no contexto da confiança que decorre do fato de ele ser segurado e manipulado.” (WINNICOTT, 1988, p. 9).

Por meio do segurar, a mãe mostra para o bebê que sabe do que ele está precisando e sinaliza que vai providenciar o que ele deseja, o que Winnicott (1988) chama de ‘amor’ nessa etapa do desenvolvimento. Essa comunicação é silenciosa, mas o bebê registra os efeitos da confiabilidade.

Existem ainda várias outras formas de comunicações silenciosas iniciais entre a mãe e o bebê. “Há o movimento que provém da respiração da mãe, o calor de seu hálito e, sem dúvida, o seu cheiro. Há também o som das batidas de seu coração, um som que o bebê conhece muito bem, antes mesmo de nascer.” (WINNICOTT, 1988, p. 88).

A comunicação entre a mãe e o bebê não cessa por aí. Podemos destacar ainda o embalar, as brincadeiras – que despertam a afeição e o prazer pela experiência, o rosto da mãe como protótipo do espelho e outros, sendo nesses primeiros estágios de comunicação que se formam as bases da saúde mental do bebê.

Winnicott utiliza o conceito de ‘preocupação materna primária’ quando a mãe é capaz de se identificar e se colocar no lugar do bebê, o que lhe “possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido” (WINNICOTT, 1988, p.30).

Podemos entender o segurar como uma necessidade básica, pois ao segurar adequadamente o bebê, a mãe atua como um ego auxiliar, proporcionando ao bebê um ego desde o primeiro instante, o que não ocorre quando a criança não é bem segurada e sente

angústia nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, precisando desenvolver prematuramente o seu ego.

Após essa fase inicial, onde o mais importante é segurar e maternar o bebê, outras formas de estimulação deverão surgir para que a mãe e o bebê continuem próximos desenvolvendo uma boa interação.

c. Ambiente acolhedor e interações de afeto.

Nos primeiros anos de vida, a criança depende das ligações familiares para crescer. Ela carece de cuidados com o corpo, com a alimentação e com a aprendizagem. Mas nada disso é possível se ela não encontrar um ambiente de acolhimento e afeto. (OLIVEIRA; COLLET, 1999).

Mesmo após a primeira infância, a presença da mãe é importante, como demonstra Spitz, que não restringe a importância do vínculo materno apenas aos primeiros três anos de vida e argumenta que após esta idade ele modifica suas formas de expressão. (SPITZ, 1979).

A mãe, apesar de seu saber “senso comum”, tem presente a ligação com seu filho como fator de relevante importância para o seu desenvolvimento. Na sua percepção, a criança sente sua ausência e pode sofrer perturbações decorrentes do período em que estão separados. (OLIVEIRA; COLLET, 1999). “O apoio do ego materno facilita a organização do ego de bebê. Com o tempo, o bebê torna-se capaz de afirmar sua própria individualidade, e até mesmo de experimentar um sentimento de identidade pessoal”. (WINNICOTT, 1988, p. 9).

No caso da maior parte dos bebês, o fato de serem desejados e amados pelas mães, pais e demais membros da família fornece-lhes o contexto no qual cada criança tem a oportunidade de se tornar um indivíduo, não apenas realizando o seu destino seguindo a trajetória do legado hereditário, mas também feliz por ser capaz de identificar-se com as outras pessoas, animais e coisas do meio ambiente, bem como com a sociedade e sua perpétua auto-organização. (WINNICOTT, 1988, p. 77).

Essa aceitação e amor pelo bebê e um ambiente acolhedor e afetivo, favorecem a criação do vínculo, considerado um fator imprescindível para um bom desenvolvimento emocional do bebê e para o desenvolvimento de sua personalidade. No entanto, “se ninguém ali está para ser mãe, a tarefa desenvolvimental do bebê torna-se infinitamente complicada.” (WINNICOTT, 1975, p. 153).

Não há como o bebê se tornar alguém sem poder em um primeiro momento se identificar com o outro. Inicialmente o bebê precisa crer que ele e a mãe são uma coisa só para depois ser capaz de fazer essa distinção, pois afinal de contas [...] “os cuidados maternos

formam a base da vida emocional e de relacionamento do bebê.” (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007, p. 41).

Entende-se assim que, se existir um ambiente acolhedor e interações de afeto presentes no contexto do bebê, sejam elas geradas pela mãe ou por quem assuma esse papel, é possível que ele tenha uma base emocional mais sólida, que servirá de alicerce para todo o seu desenvolvimento físico e psíquico.

d. Rede de apoio familiar e comunitária

A criança pode encontrar-se em situação de privação do convívio familiar por diferentes motivos, sendo alguns deles: a hospitalização, a colocação em lares substitutos ou unidades de acolhimento, abandono dos pais, atividades cotidianas dos parentes e outros. No entanto, é no familiar significativo que a criança busca apoio, orientação, referências de tempo, proteção para o desconhecido e para o sofrimento. Se a criança pode contar com a assistência desse familiar, poderá ser mais capaz de suportar os sofrimentos e ansiedades surgidos. (OLIVEIRA; COLLET, 1999).

A dependência inicial do bebê, que é absoluta inicialmente, caminha gradualmente para a independência e, quando aceita e preenchida por seres humanos que se adaptaram ao indivíduo sem ressentimentos, e em função de um sentimento natural de fazer parte, se estabelece uma relação de amor. É claro que cada criança é única, singular e traz consigo aspectos peculiares desde o momento do nascimento, ou seja, o bebê deve ser percebido de acordo com sua história e especificidades.

Alguns seres humanos vêm ao mundo carregados de uma história mais pesada que outros. Em psicanálise, quanto mais buracos tem uma história, mais pesada ela é. Segundo Szejer e Stewart, os lutos não feitos, as palavras não ditas e os eventos que não foram formulados e não tiveram sentido, agravam a história, e essa falta de sentido ressurgem na vida do indivíduo como uma parede invisível, um obstáculo incompreensível. (SZEJER., STEWART, 2002).

Quando a gestante consegue derrubar essa parede e compreender alguns obstáculos, ela se torna mais susceptível a trabalhar essas feridas e se aproximar da sua família ou rede de apoio, que estava de certa forma distante ou inacessível. A mulher grávida “se situa no centro de uma rede de palavras, de atos e de sintomas que vão, em parte, determinar, não só o modo

como ela vai viver essa gravidez, mas também os sentidos que a criança carregará quando nascer.” (SZEJER; STEWART, 2002, p.19).

Sendo assim, a rede de apoio familiar ou comunitária da gestante, pode ser compreendida como um facilitador da vinculação mãe/bebê, pois funciona, muitas vezes, como suporte para momentos frágeis, gerando bem-estar e cuidado em situações de crise, além de ofertar disponibilidade, apoio, reforço, assistência e encorajamento para a futura mãe.

e. Pré-natal adequado

Para Piontelli a interação entre inato e adquirido começa muito mais cedo do que normalmente se considera. Ela acredita que certas experiências pré-natais podem ter efeito emocional profundo sobre a criança, especialmente se tais acontecimentos são reforçados pelas experiências pós-natais. Com isso, a autora relata que seus estudos sugerem a continuidade da vida pré e pós-natal. (PIONTELLI, 1995, p. 15).

Para que a mulher tenha um pré-natal adequado, é necessário que exista confiança entre a gestante e a equipe médica. Segundo Winnicott citado por Coelho, “a ansiedade da equipe pode levar a práticas um tanto intrusivas do relacionamento natural entre a mãe e o bebê, mesmo antes do nascimento.” O autor menciona que é indispensável que a equipe consiga ouvir a gestante, além de estar atenta a comunicações silenciosas e gestuais. Para as mães sadias, esses profissionais deveriam oferecer informações apenas se necessário, e para as mães doentes, deveriam oferecer um ambiente acolhedor e de confiança. (COELHO, 2013, p. 65).

O pré-natal deve ser utilizado como um momento de trocas e esclarecimentos. A orientação durante esses encontros deve fazer parte de todo o processo e as gestantes precisam ser ouvidas e respeitadas na sua individualidade e história de vida. A paciente tem de ser percebida como sujeito e o profissional deve ser ético e qualificado para atendê-la. A linguagem da equipe médica tem de ser clara, acessível e sem especialismos para que as necessidades da mãe sejam sanadas.

Um instrumento educativo de suma importância que deve ser construído durante o pré-natal é o plano de parto, ainda pouco divulgado em várias regiões do Brasil. Esse instrumento tem três funções muito importantes e faz parte das recomendações da OMS para melhorar o atendimento dado às parturientes e aos recém-nascidos. Seu formato é livre; pode ser um texto, uma carta ou o instrumento que a gestante desejar, o importante é que seja um espaço

onde possa se manifestar dizendo o que espera do seu parto, como gostaria que ele fosse e os procedimentos aos quais ela aceita ser submetida ou não. Com esse instrumento, é possível que as situações delicadas ou emergenciais na hora do parto sejam sanadas com mais tranquilidade, uma vez que a mulher já vai ter se expressado em um documento, antes de ser tomada pela dor ou por intercorrências.

O plano de parto deve ser trabalhado durante as consultas de pré-natal com o médico que possivelmente irá acompanhar a gestante, caso isso seja possível. Se porventura não for, o acompanhante da gestante no momento do parto deve conhecer o conteúdo do plano e auxiliar a parturiente e a equipe médica com as informações contidas, caso ocorra alguma complicação.

f. Humanização do parto e puerpério

A humanização do parto é importante não somente para a mãe, como para o bebê. Winnicott (1988) esclarece em seu livro os bebês e suas mães, que o cérebro como um órgão, torna possível o registro das experiências e a acumulação de dados, bem como os primórdios de uma separação e classificação dos fenômenos. Explica ainda que o bebê é capaz de ter em sua mente a noção de que algo era esperado, mas a expectativa não se realizou, sentindo-se frustrado. Com isso, podemos dizer que o indivíduo existe antes mesmo do nascimento e que a vida psicológica do indivíduo não tem início exatamente no momento em que ele nasce.

No entanto, sabe-se que os efeitos do parto para o desenvolvimento emocional do bebê são importantes e devem ser considerados, pois uma gestante que desenvolveu uma boa vinculação com o seu bebê ainda no ventre, pode ter esse processo prejudicado, caso vivencie um parto ou pós-parto traumáticos.

Quando a parturiente tem a possibilidade de viver o parto como um processo natural, é possível que ela tenha tido as suas escolhas e direitos respeitados, pois dificilmente ela perceberá como normal algo que não tenha desejado em momento algum. É claro que a mãe aceitará as decisões médicas, caso perceba que ela ou o seu bebê estejam em risco. No entanto, se sentir que a decisão médica foi aleatória e que ela não foi ouvida e respeitada, possivelmente não se sentirá feliz e segura. Dessa forma, o parto humanizado, costuma ser o mais recomendado para a mulher e seu bebê, pois por meio dele, as possibilidades de surgirem traumas ou feridas são reduzidas. Para que ele ocorra, a parturiente tem de contar com o apoio da equipe que a acompanhará e de seus familiares.

É importante ainda que haja respeito à Lei número 11.108 sancionada em 7 de abril de 2005, que alterou a Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990. A publicação foi resultado da luta de vários agentes, especialmente da Rede de Humanização do Nascimento e garante a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A presença de uma pessoa escolhida pela mulher proporciona bem estar físico e emocional, além de fazê-la se sentir mais segura e capaz, o que pode diminuir as complicações na gestação, parto e puerpério e evitar procedimentos desnecessários para a mãe e bebê.

O parto constitui um dos pontos fundamentais da vida psicosssexual, da mulher. Assim, quando é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento podem levar a distúrbios psicológicos afetivos e emocionais. O acompanhante, por ser uma pessoa de sua escolha, representa suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para somar forças, para estimular positivamente à parturiente nos momentos mais difíceis durante o trabalho de parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 199).

Além da presença do acompanhante, para que ocorra verdadeira humanização da assistência ao parto, uma série de outros fatores devem estar presentes. A equipe de médicos e enfermeiros deve respeitar a fisiologia feminina e o protagonismo da parturiente, evitando intervenções desnecessárias e reconhecendo as peculiaridades de cada gestação e aceitando seus aspectos sociais e culturais. Os profissionais devem ainda receber qualificação profissional para que adquiram habilidades técnicas e para que recebam a mulher com ética e dignidade, repudiando qualquer tipo de violência e discriminação, garantindo que a mulher se sinta acolhida e amparada emocionalmente. Como diz Diniz, 2005:

O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional. (DINIZ, 2005, p. 635).

Importante ressaltar que para uma adequada saúde mental da mãe e do bebê, é fundamental que não só o parto ocorra de forma humanizada, mas também o puerpério. Segundo Winnicott (2011), é muito comum que a mãe após o parto se sinta mais sensível e necessite de apoio. No entanto, quando esse apoio vem de uma enfermeira que a persegue na sua percepção, e se torna uma figura dominadora, a mãe afunda em desamparo e submissão e o relacionamento entre ela e o bebê não consegue se estabelecer.

Mas se a mãe conseguir dispensar essa profissional e interagir com esse bebê, ela perceberá que sabe como conduzir o processo e que não precisa de nenhum treinamento específico ou especial. Sua habilidade e sabedoria surgirão naturalmente, principalmente se sentir apoiada. O papel da família acolhedora ou da rede de apoio auxilia a mãe que consegue se sentir apta e confiante para realizar as suas novas tarefas e cuidar de seu bebê.

Winnicott relata que “[...] tudo o que se desenrola no nascimento e depois dele tem por base processos naturais; o melhor que os médicos e enfermeiras podem fazer é respeitar e facilitar esse processo.” (WINNICOTT, 2011, p. 155).

A mãe, caso queira um acompanhamento cuidadoso e especializado neste primeiro momento, que não seja da equipe médica, pode escolher ainda contratar uma doula durante o parto e puerpério. A doula é a mulher capaz de oferecer suporte físico e emocional sem formação técnica na área de saúde. “Presta constante apoio a parturiente e a seu acompanhante, esclarece sobre a evolução do trabalho de parto, aconselha as posições mais confortáveis durante as contrações, promove técnicas de respiração e relaxamento, proporciona contato físico e apoio psicológico.” (POMMÉ, 2008, p. 27).

Marshal Klaus (citado por Pommé, 2008, p. 27) realizou estudos com primigestas que foram acompanhadas por doulas, revelando que houve redução do tempo de trabalho de parto, do uso de analgésicos, do uso de fórceps e cesarianas. O acompanhamento das mães por doulas durante o puerpério indicou ainda um maior número de mulheres amamentando, com mais autoestima, menos depressão e maior interação com os filhos, quando comparadas por parturientes que não foram acompanhadas. A presença das doulas durante o parto tem uma influência importante no contato que a mãe estabelece com o bebê, nos primeiros meses de vida.

É imprescindível que a mulher seja cuidada antes e depois do nascimento de seu bebê, pois ambos os períodos são estruturantes para o desenvolvimento emocional do novo ser e, o que observa-se hoje, é uma atenção pormenorizada apenas ao processo gestacional, ficando a puérpera, muitas vezes, sozinha e desamparada.

2.4 DIFICULTADORES DO VÍNCULO MÃE/BEBÊ NAS RELAÇÕES PRIMÁRIAS

a. Depressão pós-parto

Existem vários fatores que podem ser considerados dificultadores do vínculo adequado mãe/bebê, sendo eles: a gravidez indesejada; gravidez na adolescência; condições socioeconômicas desfavoráveis; ausência paterna, prematuridade e outros. Esses fatores aumentam as chances de desenvolvimento de depressão pós-parto e, conseqüentemente, a desestruturação do vínculo mãe/bebê. (MENDES; GALDEANO, 2006, p. 363).

Para E. Bick e M. Pérez-Sanchez a depressão assinala os aspectos da relação mãe e filho, nos quais existe uma evidente regressão às relações de objeto parcial. “A mãe apresenta claramente uma distância emocional em relação a seu filho e sente-se incapaz de compreender e satisfazer suas necessidades [...]” (BICK; PÉREZ-SANCHEZ, 1983, p. 23).

A mãe que está vivenciando um quadro de depressão pós-parto, possivelmente irá se afastar de seu bebê. O contato, a troca de afeto e o vínculo ficam muito prejudicados e mãe se ausenta da relação. A privação total (onde a criança não encontra uma relação contínua de satisfação, prazer e cuidados amorosos), da mãe ou da mãe substituta, pode gerar danos irreparáveis para um bebê. Segundo Bowlby, “[...] a privação total, pode mutilar totalmente a capacidade de estabelecer relações com outras pessoas.” Separar da mãe uma criança com menos de três anos, pode ser um problema. A criança, muitas vezes, fica ansiosa, sente angústia e tem medo do abandono. Além disso, quanto mais longa a privação, mais acentuada a queda no desenvolvimento mental e físico.(BOWLBY, 2006, p. 4).

Bowlby em seus estudos demonstra uma série de prejuízos que acometem as crianças privadas de sua mãe. O autor esclarece que os danos podem ser reparáveis, dependendo da intensidade da separação, ou irreparáveis, podendo causar reação hostil com outras pessoas, ciúmes extremos, acessos de raiva, apatia emocional, perturbações emocionais, dentre outros. Bowlby diz ainda que existe a possibilidade de que os filhos que sofreram privação se tornem pais incapazes de cuidar de seus filhos, gerando assim um círculo vicioso.(BOWLBY, 2006, p. 71).

Nos casos onde a criança sofre uma privação de sua mãe não muito prolongada, após o nascimento, a possibilidade de não sofrer prejuízos permanentes no seu desenvolvimento emocional, aumenta. Para ilustrar, abaixo está registrado um relato de experiência de um caso de depressão pós-parto, onde a puérpera consegue reverter o quadro rapidamente com acompanhamento especializado médico e psicológico. O intuito da citação abaixo é clarear

para o leitor os sentimentos e medos frequentemente vivenciados pela puérpera quando esse quadro se instala.

No ano de 2014 atendi uma paciente que estava vivenciando a sua primeira crise após o nascimento de sua primogênita. Maria me procurou muito angustiada, com crises incessantes de choro, falta de apetite, dificuldade de dormir, ansiedade, angústia, enjoos, culpa excessiva, rejeição da filha e vontade de morrer.

Disse que em seu sonhado parto natural nada saiu como ela planejou, pois ela teve que tomar a anestesia que não desejava que a fez ficar fraca e vomitando muito, a médica que havia feito o acompanhamento dela durante todo o pré-natal não apareceu para fazer o parto e ela teve que ficar com uma profissional completamente desconhecida, ela sofreu uma episiotomia muito grande, que a fez levar uma série de pontos e sentir dor e, por fim, teve que realizar um procedimento bastante invasivo para retirar os pedaços de coágulo e placenta que não haviam sido liberados pelo próprio corpo.

Com todos esses imprevistos, no momento em que a sua filha foi para o seu colo pela primeira vez, depois de 8 exaustivas horas de trabalho de parto e muita dor, Maria não conseguiu se sentir aliviada e feliz. O primeiro contato e, principalmente a primeira mamada, foram episódios causadores de angústia e tristeza para a paciente.

Aquele que eu sempre imaginei como um dos melhores momentos da minha vida foi um dos piores. Tive taquicardia, sudorese, pânico e vontade de sair de perto da minha filha e desaparecer. Não consegui olhar para ela e não suportei segurá-la ou acariciá-la, me afastei completamente. Com isso, a culpa me invadiu e o medo de não dar conta. Às vezes tenho medo de fazer uma besteira, pois acredito que desistir de tudo seria mais fácil.

Após esse breve relato é possível perceber que a crise já estava instalada no primeiro atendimento psicológico e que uma intervenção imediata se fazia necessária para que prejuízos maiores não ocorressem na paciente e na bebê. Quanto menos a mãe se ausenta da relação, melhor é para o bebê, pois não fica completamente impactado com a privação.

A escuta terapêutica foi atenta e cuidadosa, isenta de julgamentos ou opiniões pessoais e o vínculo foi estabelecido por meio da disponibilidade terapêutica e do cuidar diferenciado. Aos poucos tentamos a aproximação mãe e filha dentro do que era suportável nesse primeiro momento para a mãe. O contato se iniciou de forma breve e sem nenhum tipo de cobrança para que a mãe acariciasse ou conversasse com seu bebê. O esperado era apenas que ela trocasse a fralda da criança. Depois as possibilidades foram se ampliando, a mãe passou a dar o banho e de vez em quando dava o seio para a bebê tentar mamar.

Com muita cautela as questões familiares e os padrões repetitivos começaram a aparecer durante as nossas conversas, até que a puérpera pudesse compreender que o trauma vivido durante o parto e a falta de apoio da rede familiar e comunitária, estavam fazendo com que ela reproduzisse alguns padrões familiares herdados, uma vez que a sua própria mãe havia tido um parto traumático, rejeitado a filha e desenvolvido um quadro de depressão pós parto.

As feridas vieram à tona e a paciente conseguiu resignificar conteúdos até então nunca trabalhados. Com o auxílio de um medicamento recomendado pelo psiquiatra que a acompanhava e sessões semanais de terapia, em dois meses a puérpera conseguiu desenvolver uma nova relação com sua filha, rompendo a privação afetiva do início do processo.

b. Ansiedade da mãe

Winnicott(2011) ressalta que a paciente antes mesmo de o bebê nascer, quando ainda está hospitalizada, já está preocupada com uma série de questões que virão, como, por exemplo, o lar para o qual retornará, a transformação que o bebê provocará em sua vida, em seu relacionamento com o marido, com os pais, sogros e outros filhos, se tiver. Quando a mãe se preocupa excessivamente com essas questões, é possível que seja invadida por um quadro de ansiedade que pode dificultar a sua entrega ao bebê, o processo de troca, a amamentação, o olhar de contato e o vínculo.

Outro fator gerador de ansiedade é a separação da mãe e do bebê logo após o nascimento. Bebês que nascem prematuros ou que necessitam de algum acompanhamento médico e precisam ficar em incubadoras longe de suas mães, podem ter uma mãe um pouco mais ansiosa. Existem ainda os hospitais que retiram o bebê da mãe após o nascimento para um *checkup* médico ou procedimentos de higiene e, com isso, a mãe fica muito tempo aguardando o contato com seu bebê, se sentindo inquieta e ansiosa esperando por notícias.

Ressaltou-se acima alguns fatores que podem ser ansiogênicos para a mãe após o nascimento do bebê. No entanto, muito outros ocorrem quando a mulher ainda está gestante, fatores esses que podem ser captados pelo bebê no ventre. Em termos Winnicottianos, a rigidez ou inadaptabilidade da mãe (devidas à ansiedade ou a um estado depressivo) podem, portanto, tornar-se evidentes para o bebê antes mesmo que este tenha nascido. O bebê tem essa percepção não apenas pelas palavras ditas ou não ditas, mas também pela forma que é segurado, pela maneira forte com que bate o coração da mãe, pela pele muito quente, por meio de tremores e outros.

“Os bebês que recebem apoio egóico inadequado ou patológico tendem a apresentar padrões de comportamento semelhantes (inquietação, estranhamento, apatia, inibição, complacência).” (WINNICOTT, 2011, p. 24). Como já dito, tais comportamentos podem ser percebidos na gestação ou nos primeiros dias de vida do bebê, podendo permanecer por um longo período ou logo ser revertido, se a mãe conseguir sair do quadro de ansiedade e estabelecer outro tipo de relação com o seu bebê.

c. Crises ou doenças

A crise é uma angústia que surge de forma inadministrável. Ela aparece quando a pessoa se sente absolutamente incapaz de dar conta de algo que lhe parece ameaçador, por mais que para muitos não o seja. É por meio da história de vida da paciente e de suas especificidades, que é possível perceber se aquela pessoa está em crise ou não.

Alguns episódios podem favorecer a ruptura da homeostase do sujeito e provocar uma ameaça da integridade como, por exemplo, algum trauma, a morte ou o nascimento, que é sempre um grande acontecimento na vida da mulher. O nível de angústia em algumas dessas situações pode ser tamanho a ponto de impossibilitar a administração do medo e da ansiedade, proporcionando crises.

A crise pode ser compreendida como uma tentativa, como uma ruptura que chega para que algo novo surja. Ela será única para cada pessoa e uma nunca será igual a outra. Cada caso é único e cada ser tem a sua história, seus mecanismos e interações.

Todos vivenciam crises ao longo da vida, o que pode colocar o sujeito em risco ou transformá-lo, lembrando que a própria gestação em si já proporciona uma série de mudanças na vida da mulher. Nesse período há inúmeras descargas hormonais e a gestante se prepara para uma vida completamente diferente da que tinha antes.

Além de todas as mudanças hormonais, quando há alguma forma de crise, adoecimento na família ou os pais são afetados por patologias psiquiátricas (entenda-se psicose e as psicoses), a desorganização da dinâmica familiar costuma mostrar-se. De forma resumida, segundo Winnicott (2011), pode surgir a psicose, que costuma estar ligada à presença de um elemento de loucura no interior da personalidade, ocasionando mudanças na personalidade do indivíduo que não podem ser aliviadas pelos mecanismos de defesa ordinários, devido a enorme tensão gerada. Pode também surgir a psicose, que “[...] deriva seus padrões das defesas organizadas pela personalidade individual intacta para

afastar ou lidar com as ansiedades que se originam dos fatos e fantasias ligados às relações interpessoais.” (WINNICOTT, 2011, p. 74).

O autor menciona ainda que:, “[...] uma boa proporção de mães e pais, em virtude de doenças sociais, familiares e pessoais, não consegue fornecer à criança condições suficientemente boas à época de seu nascimento.” (WINNICOTT, 2011, p. 4).Entende-se assim que caso haja crises os doenças na mãe, pai ou família na época da gestação, parto e puerpério, não identificadas e tratadas, as relações primárias com o bebê podem ser afetadas, causando prejuízos para a saúde mental do novo ser.

d. Parto traumático

Segundo Klein, a experiência do nascimento pode ser a primeira fonte externa de ansiedade, essa experiência, pode influenciar as primeiras relações do bebê com o mundo externo. “Ao que parece, a dor e o desconforto que ele sofreu, assim como a perda do estado intra-uterino, são pelo bebê sentidos como uma agressão por forças hostis, isto é, como uma perseguição.” (KLEIN, 1986, p. 217).

Dependendo da forma que o bebê sai do ventre, essas forças hostis podem ser acentuadas ou atenuadas, sendo muito importante ainda um manejo adequado da situação logo após o parto para abrandar possíveis perdas para a mãe e para o bebê. Coelho (2013) descreve a instabilidade e inconstância do ambiente como a experiência traumática mais comum durante o parto. Diz que a experiência traumática pode deixar marcas permanentes no indivíduo, mas ressalta que existem casos onde “[...] os fatores ambientais de um bom manejo subsequente ao parto podem anular os efeitos do sofrimento da experiência traumática do nascimento.” (COELHO, 2013, p. 181).

Muitas vezes, durante o período gestacional, a mulher estuda e idealiza uma determinada forma de parir e faz a sua escolha. No entanto, nem sempre a alternativa elegida é a que ocorre. A expectativa de um tipo de parto e a concretização de outro, como, por exemplo, idealizar um parto natural e precisar se submeter a uma cesárea, pode gerar uma experiência traumática quenecessitará de acompanhamento especializado, em um segundo momento, para que possa ser revertida.

Existem também os casos em que a gestante consegue ter o parto idealizado; no entanto, durante o processo, acontecem episódios aversivos que a parturiente não consegue administrar; como a dor excessiva, o uso de fórceps, a episiotomia ou algum outro procedimento inesperado ou invasivo. Esses episódios também se tornam suficientes para

deixar feridas na mãe e no bebê, uma vez que ele pode memorizar cada reação que perturba a continuidade do seu ser. Um exemplo físico de reatividade e interrupção da continuidade do ser é a demora em ocorrer a respiração e o choro pela primeira vez depois do nascimento, causando uma sensação de falta que será aliviada se a respiração puder fluir livremente.

A psicanálise tem demonstrado que o processo de nascimento não é vazio de significado para o bebê, para quem esse momento pode ter um caráter normal ou anormal. Winnicott diz que “[...] é possível que todos os detalhes do nascimento estejam registrados na mente do bebê.” (WINNICOTT, 2011, p. 155). Dessa forma, o nascimento deve ser um processo cauteloso, acolhedor e natural, pois caso a mulher vivencie um parto traumático, as feridas que surgem poderão afetar a saúde mental do bebê o seu desenvolvimento ou deixar outras marcas.

2.5 IMPACTOS NOS ESTÁGIOS INICIAIS DO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL QUANDO O PARTO OU AS RELAÇÕES PRIMÁRIAS NÃO SE DESENVOLVEM ADEQUADAMENTE

Quando existem falhas nos estágios iniciais do desenvolvimento ou quando as relações primárias não se estabelecem adequadamente, uma série de prejuízos pode ocorrer para a criança e para o grupo familiar. Segundo Winnicott “[...] a família poderá ter uma criança doente, ansiosa, ou sujeita a depressão e distúrbios psicossomáticos, cuja personalidade talvez não seja suficientemente integrada, ou que revele tendências antissociais, e daí afora.” Dessa forma, a integração do grupo familiar poderá ser prejudicada e é possível que o terapeuta tenha que intervir na desorganização da dinâmica familiar.(WINNICOTT, 2011, p. 72).

Pode-se dizer que quando se fala em tratamento de doenças mentais, deparamo-nos com falhas iniciais de facilitação, de comunicação mãe/bebê que são a base da saúde mental do recém-nascido. Segundo Piontelli:

[...] não é surpreendente que a psicopatologia das fases mais iniciais do desenvolvimento seja o problema mais obscuro e difícil da pesquisa psicanalítica. É a fase do desenvolvimento mais remota em tempo da idade atual em que vemos os nossos pacientes quando suas experiências iniciais com certeza foram modificadas, distorcidas e confundidas com experiências posteriores. Além do mais, quando observamos o comportamento de crianças pequenas, quanto mais novas forem, mais difícil é formular uma interpretação. As dificuldades encontradas no estudo das fases mais iniciais do desenvolvimento normal aumentam muito na presença de fenômenos patológicos; quanto mais perturbada é uma criança, mais remota é a sua experiência das vivências introspectivas do adulto que a observa. Não obstante, o estudo dessa fase é da maior importância. Sabemos que os pontos de fixação das psicoses têm suas raízes nos primeiros meses da infância. Além do mais, sabemos que na doença psicológica dá-se a regressão, não a uma fase do desenvolvimento que em si foi normal, mas a uma em que havia distúrbios patológicos, criando obstáculos ao desenvolvimento e constituindo pontos de fixação. Estamos, portanto, autorizados a considerar, e as nossas experiências clínicas têm amplamente confirmado essa posição, que à medida que o psicótico regride aos primeiros meses de vida, ele regride para uma fase do desenvolvimento que já possuía aspectos patológicos na sua primeira infância [...]. (SEGAL, 1964, p. 54 citado por PIONTELLI, 1995, p. 20).

Winnicott (2011) relata que o bebê em sua primeiríssima infância encontra-se em um estágio de alta dependência materna, onde não consegue realizar suas tarefas preliminares longe de um apoio materno suficientemente bom. Essas tarefas principais podem ser

consideradas: integração unitária da personalidade; conformação da psique ao corpo e o estabelecimento dos primeiros contatos com a realidade externa. Explicita ainda que “[...] as patologias derivadas desse primeiríssimo estágio assumem a natureza da psicose, isto é, dos distúrbios agrupados sob a denominação geral de esquizofrenia.” (WINNICOTT, 2011, p. 152).

Em termos de esquizofrenia, há um movimento de retrocesso. O esquizofrênico tem um impulso de entrar em contato exatamente com os processos que danificam o impulso para frente da fase mais inicial, relativa ao período neonatal. Esta forma de ver a esquizofrenia contribui tanto para a compreensão dela própria quanto para a compreensão dos bebês. (WINNICOTT, 1988, p. 39).

No período pós-guerra, Bowlby (1993) realizou para a Organização mundial de Saúde uma pesquisa que tinha o intuito de verificar a importância da presença da mãe para o bebê e os efeitos da privação. Como resultado, ele apontou a presença de uma boa mãe acolhedora como a solução para prevenir distúrbios de personalidade e delinquência, uma vez que havia pesquisado bebês, crianças e adolescentes com esses distúrbios.

Reich (1950) citado por Pommé, também havia pesquisado os efeitos da privação da mãe para o bebê, e ressaltou que o afastamento da genitora era uma causa para transtornos emocionais na criança. Apontou ainda condições fundamentais para o desenvolvimento de uma criança saudável, sendo elas: capacidade da mãe de criar empatia com as necessidades do bebê e um bom contato corporal. Esses fatores evitariam emoções reprimidas, tensões musculares crônicas e a formação de couraças desde o início da vida. (POMMÉ, 2008, p. 16).

3 CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES

Observei por meio da minha experiência profissional com grupos de mulheres e gestantes a importância de se estimular melhorias nas políticas públicas de saúde relacionadas a gestação, parto e puerpério, o que vai ao encontro do pensamento de Winnicott, que visava o fortalecimento das relações primárias mãe/bebê, ressaltando as necessidades mínimas de um recém-nascido, bem como o papel da mãe nessa etapa inicial.

Ao longo desse trabalho tentou-se demonstrar o quanto as relações mãe/bebê podem ser significativas para a saúde mental do novo ente familiar, lembrando que as trocas começam a existir desde o ventre e podem ser positivas ou não para ambos.

Uma das primeiras formas traumáticas dessa interação pode ser considerada o parto. Destacou-se então os diferentes tipos de parto, enfatizando o humanizado como o que tem a menor probabilidade de ser violento para a mãe e para o bebê e o parto cesariano como o mais impulsionador de traumas. Com a ocorrência três vezes maior que a recomendada pela OMS, o parto cesáreo no Brasil acontece de forma indiscriminada e não ocorre apenas em situações onde haja risco para a mãe e para o bebê, como recomendado. Dessa forma, sinalizou-se a necessidade de divulgar informações mais precisas sobre gestação, tipos de parto e puerpério, enfatizando nas diferentes formas de parto seus possíveis benefícios e prejuízos para a mãe e para o bebê. Essas informações devem ser disponibilizadas durante o pré-natal, para que a gestante tenha a possibilidade de escolha e para que possa ser a protagonista de todo o processo. Com isso, estimula-se o empoderamento da mulher, que poderá vivenciar um momento pleno.

É recomendado também que a gestante tenha um espaço acolhedor e propício com outras mulheres para que possam trocar experiências, informações e dúvidas, incluindo as transformações físicas e emocionais em cada etapa de desenvolvimento. Para isso, este estudo mencionou experiências que favoreciam essas trocas, ressaltando a importância de se ter um profissional de saúde envolvido (doulas, enfermeiras, obstetras e psicólogas). Com a qualificação técnica da equipe, empatia e aceitação da mulher como protagonista de todo o processo, respeita-se os saberes de Winnicott, que deixou uma importante contribuição para uma clínica não intrusiva e facilitadora do amadurecimento pessoal.

A participação de um acompanhante escolhido pela gestante também é imprescindível para que ela possa se sentir segura e confiante durante esses espaços de troca e para que tenha no pós-parto um auxílio que a deixe fortalecida. Com isso, a mãe desenvolve o vínculo materno fetal permitindo uma boa interação com o bebê depois do nascimento.

Após o destaque que se deu à fase pré-natal e a humanização do nascimento, o estudo evidenciou a importância de se favorecer condições suficientemente boas ao bebê no início da vida e explanou os facilitadores e dificultadores da vinculação mãe/bebê nas relações primárias.

Acredita-se que se as condições facilitadoras puderem ocorrer (amamentação, estimulação adequada, ambiente acolhedor com interações de afeto, rede de apoio familiar e comunitária, pré-natal adequado e humanização do parto e puerpério), a probabilidade de existirem complicações na relação mãe/bebê diminuem, bem como impactos no desenvolvimento e saúde mental do bebê.

Por outro lado, caso os dificultadores estejam presentes (quadros de depressão pós-parto, ansiedade da mãe, crises ou doenças e parto traumático), é possível que existam impactos nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional do bebê, pois o ambiente não será acolhedor e protetivo, que poderão deixar o bebê ansioso, deprimido, com reflexos alterados, ou até mesmo com doenças e crises mais significativas.

Outro ponto que merece destaque são os procedimentos técnicos da equipe médica que cuidará do bebê logo após o nascimento. É muito importante que o profissional responsável tenha sensibilidade para perceber o que a mãe e o bebê necessitam naquele momento e para que não seja invasivo. Muitas vezes, o bebê é retirado de sua mãe e levado para procedimentos de higiene desnecessários, ele sente frio, chora e se sente desamparado sem a presença do colo da mãe que o conforte. A equipe deve perceber que o bebê, muitas vezes precisa se recuperar, se acalmar da intrusão vivenciada para começar a desejar se alimentar. Além disso, a mãe também necessita sentir o seu filho no colo para que a sua percepção fragmentada diminua, para que ela possa segurar o seu bebê e se recuperar também. O contato da pele e a respiração de ambos é fundamental para que o processo se estabeleça de forma positiva e para que as relações espontâneas entre mãe e bebê tenham início.

Quando a mulher, gestante ou puérpera, não conseguir ferramentas adequadas para lidar com a maternidade e uma série de aspectos diferentes que estão surgindo com a sua nova condição, deverá haver uma avaliação da mulher e da equipe de saúde que a acompanhou (ginecologista, enfermeiras, psicólogos e outros) para analisar se ela precisará de uma psicoterapia mais especializada para contornar as dificuldades surgidas. Se ela tiver apresentado um quadro de depressão pós-parto, de ansiedade ou desencadeado alguma crise ou doença, certamente precisará ser acolhida por um especialista que a auxilie para que não haja prejuízos nas relações primárias entre ela e seu bebê e também para evitar esfacelamentos das relações interpessoais nas outras esferas de sua vida.

Como cada um é único, assim deve ser o tratamento também. Não existe um modelo padrão que funcione para todas e é necessário compreender a gestante ou puérpera em sua singularidade. Quanto mais cedo à crise for detectada, maior a probabilidade de não haver o desencadeamento de outras. O cuidado deve vir antes da crise ou do aparecimento de doenças, quando a mulher apresenta os primeiros sinais. No entanto, geralmente, esses sinais não são percebidos ou são ignorados e só há possibilidade de intervenção com os primeiros sintomas.

Depois dos primeiros sintomas, ainda existem muitas possibilidades de intervenção. Para que o tratamento seja adequado, muitos fatores devem aparecer no processo. Um ponto crucial é a forma que o acolhimento acontece. Por ele ser a primeira etapa do tratamento, é indispensável que seja humanizado e qualificado. Com esses cuidados, é mais provável que a paciente consiga se vincular ao serviço e aos profissionais, sentindo-se confortável para se entregar ao processo.

Após a etapa inicial com a paciente, envolver a família seria de grande valia. Quando se realiza um trabalho conjunto com a família, a mulher tem a oportunidade de resgatar pontos ou feridas estruturantes que a permeiam há muito. Com isso, é possível que novas conexões sejam estabelecidas e resignificadas para ela. Desde o início do tratamento a família deveria ser implicada no processo para que a sua homeostase fosse percebida e trabalhada. Toda família tem uma forma de funcionar, mesmo que disfuncional. O importante é compreender o que faz a família funcionar de determinada maneira. A leitura deve ser multicausal e não linear e a dimensão histórica e as reproduções geracionais têm de ser consideradas.

É fundamental ainda que os gestores, profissionais de saúde, mulheres e famílias reivindiquem a implantação de políticas públicas destinadas ao atendimento da mulher de forma mais humanizada, com qualificação profissional da assistência médica/hospitalar, com uma equipe não invasiva e uma percepção clara da humanização do parto e nascimento.

Certamente a gestante que teve o parto desejado, com os seus direitos respeitados e pode vivenciar as relações primárias com seu bebê de forma adequada, com apoio familiar e médico, vivenciará momentos de troca e vinculação sadias, evitando assim impactos danosos e futuras patologias para si e para o seu bebê.

É importante também estimular durante todo o acompanhamento o protagonismo da mulher. Quanto mais ela puder participar, se inserir e atuar, melhores resultados surgirão. Ela tem que agir e não apenas ser ouvinte, tem que se manifestar e ter os seus desejos e escolhas respeitadas durante o processo.

Entendo também que a cautela durante todo o percurso é fundamental, respeitando o tempo da paciente e seus valores. Quando há uma escuta diferenciada, cuidadosa, um

tratamento humanizado, onde a mulher é consultada e compreendida como um ser capaz, surgem possibilidades de mudança.

O profissional deve apoiar as gestantes ou puérperas durante toda a condução e as escolhas na metodologia do processo têm que ser compartilhadas. Deve haver transparência no procedimento e o diálogo deve ocorrer de forma fluida e humilde, deixando de lado os “especialismos”.

É imprescindível ainda capacitações qualificadas para os servidores preservarem a sua própria saúde, se reciclarem e conseguirem atuar de maneira efetiva para auxiliar o outro, percebendo as singularidades e subjetividades de cada um. Dessa forma, é possível criar novas oportunidades, possibilitar novos desejos, estimular estratégias de enfrentamento e amenizar os efeitos negativos que a crise possa ter gerado.

REFERÊNCIAS

BOWLBY, John. **Angústia e separação**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1993.

BOWLBY, John. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 5ª edição brasileira, 2006.

BRASIL. **Lei número 11.108 de 7 de abril de 2005**. Garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 7 jan. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/cd04_13.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014.

COELHO, Renata da Silva. **A experiência do nascimento na obra de Winnicott: teoria e prática em maternidade**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2013.

COSTA, Paulo José da; LOCATELLI, Bárbara Moreira do Espírito Santo. **O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebê**. Disponível em: <<file:///Volumes/NO%20NAME/ARTIGO%203.html>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

CRUZ, Daniela Carvalho dos Santos; SUMAM, Natália de Simoni; SPÍNDOLA, Thelma. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista Escola de Enfermagem - USP**. V.41, n. 4. São Paulo, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400021>. Acesso em: 3 jan. 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. et al. **Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/amazonas/noticias-amazonas/551-numero-de-partos-normais-cai-9-2-no-amazonas-indica-o-datasus>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

HALPERN, Ricardo; FIGUEIRAS, Amira C. M. **Influências ambientais na saúde mental da criança**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa12.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

KLEIN, Melanie. et al. **Os progressos da psicanálise** - Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. Editora Guanabara, 3ª edição, 1986.

MALUF, Sônia Weidner. **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010, pp. 30, 32, 52.

MARQUES, Emanuele Souza; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; PRIORE, Silvia Eloiza. **Mitos e crenças sobre o aleitamento materno**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a15v16n5.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

MENDES, Ana Paula Diniz; GALDEANO, Luzia Elaine. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. **Revista Ciência cuidado e saúde**. Maringá, v. 5, n. 3, p. 363-371, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5037/3259>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

NARROW, William E. et al. **Gênero e idade** – Considerações no Diagnóstico Psiquiátrico. Por que o Gênero importa. Roca, 2009, p. 8.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico**: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado. São Paulo: Ed. TAO Editorial, 1981.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa. **Criança hospitalizada**: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13509.pdf>>. Acesso em: 28 de nov. 2014.

PÉREZ-SANCHEZ, Manuel. **Observação de bebês** - relações emocionais no primeiro ano de vida, Rio de Janeiro: Editora Paz e terra, 1983.

PIONTELLI, Alessandra. **De feto a criança** - um estudo observacional e psicanalítico. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1995.

POMMÉ, Eliana Lemos. **O vínculo mãe-bebê**: primeiro contato e a importância do *holding*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC - SP. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, 2008. Disponível em: <<http://www.ibpb.com.br/2013/Eliana%20Pomme%20Mestrado.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

SPITZ, R. A. **Doenças de carência afetiva do bebê** - o primeiro ano de vida. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 7ª Edição, 1979.

SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. **Nove meses na vida de uma mulher** - uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. Editora Casa do Psicólogo, 2ª edição, 2002.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Armadilhas da nova era**: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>>.

WINNICOTT, Donald Woods. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: Ed. LTC, 6ª edição, 2008.

WINNICOTT, Donald Woods. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 4ª edição, 2011.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975.

WINNICOTT, Donald Woods. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1988.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. **Violência Consentida**: mulheres em trabalho de parto e parto. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Muller. **Saúde Mental e Gênero**: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, 2014, p. 41.