



Maria Tereza
Maldonado

psicologia da
gravidez

EDITORA
SISTEMA
LAGUA
TIRICA

Sumário

[FICHA TÉCNICA](#)

[DEDICATÓRIA](#)

[AGRADECIMENTOS](#)

[SOBRE A AUTORA](#)

[PREFÁCIO À 1ª EDIÇÃO DO LIVRO DIGITAL](#)

[INTRODUÇÃO: GESTANDO PESSOAS PARA UMA SOCIEDADE MELHOR](#)

[CAPÍTULO I - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO](#)

[PUERPÉRIO](#)

[A história do amor materno](#)

[A maternidade e a paternidade como fases do desenvolvimento psicológico](#)

[O conceito de crise e de transição existencial](#)

[A gravidez como crise ou transição](#)

[Caracterização dos aspectos psicológicos dos três trimestres da gravidez](#)

[O primeiro trimestre](#)

[O segundo trimestre](#)

[O terceiro trimestre](#)

[O “homem grávido”](#)

[Primórdios da percepção e do comportamento do feto](#)

[O efeito das drogas na formação do feto](#)

[O significado psicológico dos principais tipos de parto](#)

[O parto com o uso de analgésicos e anestésicos](#)

[O parto pela via vaginal](#)

[O parto cesáreo](#)

[Aspectos psicológicos da “cesárea a pedido”](#)

[Aspectos psicológicos do puerpério e os primórdios do relacionamento pais-bebê](#)

[O significado psicológico da amamentação e da alimentação artificial](#)

[A relevância do contato precoce para o desenvolvimento do bebê](#)

[Os recursos sensoriais e perceptuais do recém-nascido](#)

[A influência da relação afetiva na tecelagem neuronal](#)

[CAPÍTULO II - OS ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS DA GRAVIDEZ E DO PARTO](#)

[O conceito de ansiedade](#)

[Estudos sobre a relação entre ansiedade e complicações obstétricas](#)

[Estudos sobre a relação entre ansiedade e disfunção uterina](#)

[Estudos sobre os efeitos do ambiente pré-natal na prole](#)

[CAPÍTULO III - OS PRINCIPAIS MÉTODOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO](#)

[Aspectos técnicos do MPP e seus efeitos psicológicos](#)

[Tendências teóricas e suas aplicações práticas](#)

[A psicoterapia breve na gravidez e no pós-parto](#)

[O grupo de preparação para a maternidade e a paternidade](#)

[A importância do trabalho multidisciplinar e áreas de pesquisa relevantes](#)

[BIBLIOGRAFIA](#)

FICHA TÉCNICA COPYRIGHT ©2013
EDITORA JAGUATIRICA DIGITAL TODOS OS
DIREITOS RESERVADOS E PROTEGIDOS
PELA LEI Nº 9.610 DE 19.2.1998

É proibida a reprodução total ou parcial sem a expressa anuência da editora.
Editora: Paula Cajaty
Capa e diagramação digital: M.F. Machado Lopes ISBN 978-85-66605-09-9

Editora Jaguatirica Digital Edifício Galeria Sul América Rua da Quitanda, 86, 2o
andar - Centro Rio de Janeiro - RJ - CEP 20.091-902
Tel. (21) 3185-5132
email: jaguatiricadigital@gmail.com www.jaguatiricadigital.com

DEDICATÓRIA

À Mariana e ao Cristiano,
que deram a mim e a Paulo Afonso a oportunidade de
vivenciar as emoções da maternidade e da paternidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro — PUC/RJ.

Ao Conselho Nacional de Pesquisas, cuja bolsa permitiu a realização do Curso de Mestrado e desta Tese.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

SOBRE A AUTORA

MARIA TEREZA MALDONADO é Mestre em Psicologia pela PUC-RIO, onde lecionou no Departamento de Psicologia. Tem mais de 30 livros publicados sobre relações familiares, desenvolvimento pessoal e construção da paz.

Site: www.mtmaldonado.com.br

Canal www.youtube.com/user/terezamaldonado no YouTube:

Twitter: @MTMMaldonado

Fanpage: www.facebook.com/mariaterezamtmaldonado

PREFÁCIO À 1ª EDIÇÃO DO LIVRO DIGITAL

Este livro começou a ser escrito em 1973. Em 1983, por ocasião da 6ª edição, decidi fazer a primeira revisão para atualizar os estudos feitos na área. Mais uma década, novos progressos apontaram a necessidade de uma segunda atualização. No espaço de vinte anos, a literatura sobre os aspectos psicológicos do ciclo grávido-puerperal e, sobretudo, as pesquisas sobre a percepção e as capacidades sensoriais do feto e do recém-nascido cresceram enormemente. Daí a necessidade de fazer nova atualização em 1996, incluindo os estudos mais representativos deste espaço de tempo. Entramos no novo milênio e os conhecimentos continuaram se expandindo: a cada década, surge a necessidade de acompanhar as pesquisas e reescrever partes do texto. As possibilidades de leitura também se ampliaram. Por isso, após 16 edições do livro impresso, está aí a primeira edição do livro digital. Afinal, os livros são como a gente: é sempre bom rever, questionar, repensar, ampliar, modificar, refazer, reconstruir, nesse constante movimento do processo evolutivo.

Maria Tereza Maldonado Rio de Janeiro, 2013

INTRODUÇÃO: GESTANDO PESSOAS PARA UMA SOCIEDADE MELHOR

A especialização profissional implica necessariamente um estreitamento da visão do campo global; só a colaboração interdisciplinar pode corrigir a ótica distorcida e parcial do especialista. Essa troca interprofissional pode ser comparada a uma série de fotografias, em diversos ângulos, de uma paisagem ampla demais para ser focalizada de uma só vez, em que somente a superposição das várias imagens parciais poderia fazer vislumbrar a paisagem total com nitidez.

O obstetra, mais atento ao aspecto somático das manifestações da cliente, ajuda o psicólogo a evitar o perigo do psicologismo, que tenta negar a influência dos fatores hormonais, bioquímicos e mecânicos em vários aspectos do ciclo grávido-puerperal. Por sua vez, o psicólogo, mais treinado para captar os matizes emocionais e suas manifestações em nível intra e interpessoal, ajuda o obstetra a aprofundar sua compreensão do funcionamento dinâmico da pessoa como um todo integrado.

A evolução tecnológica da obstetrícia, que permite a realização de uma assistência pré e perinatal cada vez mais sofisticada, reduzindo ao mínimo os riscos maternos e

fetais, resultou, infelizmente, numa profunda dissociação entre os aspectos somáticos e emocionais no atendimento clínico, cuja rotina convencional, tanto na gestação quanto no parto e no puerpério imediato, com frequência não satisfaz as necessidades emocionais da família e do bebê.

A maternidade e a paternidade são momentos existenciais importantíssimos no ciclo vital que podem dar à mulher e ao homem a oportunidade de atingirem novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. Sobretudo, é durante a gravidez que se desenvolve a formação do vínculo pais-filho e se reestrutura a rede de intercomunicação da família — ponto de partida de um novo equilíbrio dinâmico na unidade familiar. É um período que demanda a convergência dos esforços preventivos da equipe de assistência materno-infantil que resulte num atendimento mais global e satisfatório para a saúde física e emocional de pais e filhos.

Os objetivos principais deste livro são: mostrar a importância do trabalho integrado da equipe para um atendimento mais satisfatório; situar a maternidade e a paternidade dentro de um contexto geral do desenvolvimento da personalidade; examinar as vivências emocionais mais comuns do ciclo grávido-puerperal e seu impacto na dinâmica familiar; examinar a interrelação de fatores somáticos e psicológicos na gênese de vários fenômenos da gravidez, do parto e do puerpério; examinar estudos recentes sobre a influência da qualidade do relacionamento na “tecelagem neuronal” que mudou a maneira de ver as relações entre a genética e o meio ambiente na formação das pessoas; apresentar perspectivas de preparação psicológica para a maternidade e a paternidade com o intuito de favorecer o crescimento emocional através da experiência de ter um filho e de estabelecer com ele uma ligação saudável.

A partir da década de 1990, cresceu o número de pesquisas sobre as origens pré-natais do desenvolvimento das pessoas. A maior compreensão da formação inicial do cérebro e do que acontece no desenvolvimento precoce fortaleceu a visão da gravidez como um período

extremamente importante na construção dos alicerces da saúde e do bem-estar futuros, uma vez que durante a gestação e os primeiros anos de vida o desenvolvimento do cérebro acontece em ritmo acelerado, assim como o de muitos sistemas biológicos essenciais para a boa saúde. Os resultados dessas pesquisas já permitem perceber uma correlação clara de fatores: quanto maior a intensidade e a frequência de experiências adversas na primeira infância, maior a probabilidade de surgirem problemas de saúde física e mental na adolescência e na idade adulta (Fox, S. e cols., 2010). O feto é um ser dinâmico e ativo que reage e se adapta às circunstâncias do ambiente intrauterino e das influências que chegam do mundo externo (Murphy, A., 2010). O ambiente pré-natal é tão ou mais importante do que os genes para influenciar a saúde física e mental no decorrer da vida do ser que está sendo gestado (Axness, M., 2012).

Os estudos sobre as origens fetais da saúde e de doenças na idade adulta estão despertando o interesse não só dos profissionais de saúde como também de economistas e de gestores de políticas públicas: os dados das pesquisas sugerem que investir em assistência de boa qualidade na gravidez e nos primeiros anos de vida produz melhores resultados do que investir prioritariamente nos anos escolares.

As experiências dos primeiros anos de vida – boas e ruins – literalmente modelam a arquitetura do cérebro em desenvolvimento, que possui bilhões de neurônios e trilhões de sinapses. E isto faz com que esse período da vida seja, ao mesmo tempo, uma oportunidade para propiciar um ótimo desenvolvimento e um risco de potencializar a vulnerabilidade da formação do cérebro. É importante considerar que o cérebro, sempre que possível, recupera-se de alguns danos: é o equilíbrio entre a vulnerabilidade e a resiliência que determina a influência do ambiente no desenvolvimento do cérebro no decorrer da vida.

O economista Amartya Sen, prêmio Nobel de Economia em 1998 defende a ideia de que a pobreza das mulheres tem reflexos negativos em toda a sociedade: cuidar bem da

alimentação e do bem-estar das gestantes e das mães de crianças pequenas, assim como oferecer educação de boa qualidade nos primeiros anos de vida fortalece a sociedade civil. O neurocientista Fraser Mustard (2010), revendo muitos destes estudos, também afirma que o período mais sensível do desenvolvimento cerebral vai da gravidez até os primeiros anos de vida. Na mesma linha de pensamento, J.P. Shonkoff (2009), da Escola de Medicina de Harvard, mostra que as habilidades sociais, a capacidade de cognição e linguagem, a saúde física e emocional que emergem nos primeiros anos de vida são fundamentos importantes para o bom rendimento escolar e, futuramente, para uma vida adulta satisfatória no mundo do trabalho e na sociedade.

Portanto, a qualidade do ambiente no qual a criança cresce, da gravidez aos primeiros anos de vida, e os relacionamentos que são construídos entre a criança e a família e os cuidadores (avós, tios, professora da Educação Infantil e outros) produzem impactos significativos em seu desenvolvimento cognitivo, social e emocional. A criança se desenvolve em uma rede de relacionamentos: quando são de boa qualidade, formam vínculos seguros que contribuem para o desenvolvimento de muitas competências, tais como boa autoestima, prazer em aprender, facilidade de compreender emoções e sentimentos, empatia; em síntese, a capacidade de se relacionar bem com os outros no decorrer da vida.

A arquitetura do cérebro depende das influências recíprocas entre a genética, o ambiente e as experiências precoces. Em 2003, um grupo multidisciplinar de pesquisadores de universidades americanas e canadenses fundou o National Scientific Council on the Developing Child com o objetivo de integrar os dados dos inúmeros estudos que compõem a ciência do início da vida para orientar as famílias, os gestores públicos e a sociedade civil sobre as ações que podem beneficiar o desenvolvimento físico e mental dos bebês e das crianças pequenas. Por tudo isso, os governos que criarem políticas públicas e programas investindo maiores recursos neste início da vida conseguirão atingir patamares expressivos de saúde, competência e bem-estar das populações do mundo inteiro. Isso ajudará a

reduzir a violência e a melhorar a estabilidade social.

Portanto, à luz dos conhecimentos da neurociência, vemos que vínculos estáveis e afetivamente nutritivos na gestação e nos primeiros anos de vida, juntamente com estimulação apropriada e experiências ricas de aprendizagem, oferecem benefícios duradouros que formam os fundamentos de uma sociedade sólida e sustentável. Políticas públicas que contribuem para fortalecer o alicerce da arquitetura cerebral saudável em crianças pequenas são excelentes investimentos de longo prazo em saúde, educação e força de trabalho.

CAPÍTULO I - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO

A história do amor materno

Antes de focalizar a maternidade e a paternidade como fases do desenvolvimento psicológico e as principais vivências do ciclo grávido-puerperal, é útil reconstituir brevemente alguns séculos da história do amor materno. Quando olhamos um fenômeno a partir de uma perspectiva histórica podemos entender melhor suas características e variações, inclusive as que mais acontecem no momento atual.

Como mostram Kniebihler e Fouquet (1980), é importante examinar as duas figuras básicas do feminino e da maternidade na tradição cristã: Eva, a mulher tentadora, erotizada, que simboliza as forças perigosas e pecaminosas da mulher, é raramente pensada como símbolo de maternidade, embora, como primeira mulher, seja a mãe de todos nós. Ao contrário, à idéia do erótico se associa a noção de castigo, da expulsão do paraíso. Vista como fraca e frívola, Eva tornou-se o símbolo do mal. A exaltação da imagem materna liga-se a Maria, que concebeu sem pecado, ou seja, sem sexo; assim, a noção de pureza, caridade, humildade, renúncia e dedicação liga-se à imagem de maternidade santificada, dissociada da sexualidade, condição indispensável para a redenção.

Outro aspecto histórico importante a ser considerado é que, desde muitos séculos, a fecundidade é considerada como benção divina, ao passo que a infertilidade é vista como castigo. Em determinados períodos da História, a necessidade da procriação tornou-se particularmente imperiosa, como, por exemplo, no século XVI, quando a peste dizimou um terço da população europeia. Períodos como esse repercutem amplamente na representação social da maternidade: em tais circunstâncias, uma prole grande significa promessa de renovação.

A assistência ao parto também sofreu grandes modificações no decorrer dos séculos: até o século XVII, o parto era considerado “assunto de mulheres”. É claro que, no campo, o homem que prestava assistência ao nascimento de animais também intervinha no nascimento dos filhos; mas, na cidade, artesãos, comerciantes, escrivães, burgueses não sabiam o que fazer. As parteiras eram nomeadas pelo sacerdote ou pela assembleia de mulheres. A presença da parteira, com sua experiência, criava um clima emocional favorável para a parturiente. Havia grande variedade de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações. Além da parteira, a presença da mãe da parturiente era fundamental. Convém ressaltar que, nessa época, o índice de mortalidade infantil era muito alto.

Pouco a pouco, em determinadas circunstâncias, o parto foi assumindo características de “espetáculo”, a que várias pessoas assistiam, especialmente quando se tratava dos partos da realeza, nas cortes europeias. Os seis partos de Maria de Médicis, por exemplo, foram assistidos por um grande número de pessoas — o rei, a parteira, os médicos, príncipes, criadas.

Aos poucos, entre os séculos XVI e XVII, começou a surgir, na assistência ao parto, a figura do cirurgião; por conseguinte, a parteira foi perdendo a primazia. O parto foi deixando de ser “assunto de mulheres”, tornando-se uma arte médica cada vez mais complexa. Com a crescente inclusão do cirurgião, a posição de decúbito dorsal no parto, em especial a partir de Mauriceau, passou a ser a mais adotada, por melhor facilitar o trabalho do médico e a utilização de seus instrumentos. Mauriceau foi o primeiro que impôs a cama de parto, abandonando a cadeira obstétrica, que era preciso transportar para a casa da parturiente. No entanto, nas famílias ricas, a cadeira fazia parte do enxoval da noiva: as cadeiras de parto da nobreza eram ricamente esculpidas e forradas de veludo.

Com a introdução da mesa de parto, a mulher passou a ficar deitada para que o médico pudesse ver melhor o que estava acontecendo; surgiram também argolas e correias que imobilizavam a mulher; posteriormente, a cena passou

a ser iluminada por refletores. E o pai ficou cada vez mais fora do cenário.

Passar os olhos pela história da obstetrícia não significa apenas examinar a questão da mudança de posição para dar à luz, mas também ver o surgimento dos instrumentos. Ao final do século XVI, surgiu o fórcepe para extrair os bebês do ventre materno. Para conservar o “segredo da família”, os irmãos Chamberlain exigiam que as parteiras tivessem os olhos vendados para que não vissem os instrumentos; transportavam-nos num enorme cofre dourado e pediam a todos que se retirassem. Só em 1733 o desenho do fórcepe foi tornado público, num livro de Chapman. Usado pelos médicos, o fórcepe salvou muitas vidas em uma época em que a cesariana resultava em alto índice de mortalidade materna. Marcou-se, assim, o início da medicalização do parto. Ao final do século XVIII, a cesariana, que já não resultava necessariamente em óbito materno, ajudou a relegar a figura da parteira a segundo plano.

Em torno de 1500, há registro de um parto cesáreo em que tanto a mulher quanto a criança sobreviveram: um castrador de porcos, aflito ao ver a esposa sofrendo há vários dias em trabalho de parto, abriu-lhe o ventre com os instrumentos que utilizava nos animais, retirou a criança e, em seguida, costurou a incisão.

As revisões históricas sobre a maternidade (Kniebiehler Fouquet, 1980; Badinter, 1980; Ariès, 1975) abrem espaço para o questionamento da existência de um “instinto materno”: mostram que a exaltação do amor materno é fato relativamente recente na história da civilização ocidental. No século XVI, na Europa, predominava o costume de confiar o recém-nascido a uma ama, que amamentava e cuidava da criança durante os primeiros anos de vida. O cuidado na escolha da ama era importante, pois acreditava-se que, pelo leite, transmitiam-se traços de caráter. Em 1780, o comissário de polícia Lenoir constatou que das vinte e uma mil crianças que nasciam todos os anos em Paris, apenas mil eram amamentadas pelas próprias mães. Nas famílias mais abastadas, costumava-se contratar a ama-de-leite para que permanecesse na casa da família; em classes

menos favorecidas, havia o costume de enviar o bebê para a casa da ama, distante da casa da família, onde permanecia durante os primeiros anos de vida.

O fato de as amas cuidarem de vários bebês contribuía para o alto índice de mortalidade infantil: documentos históricos mostram que esses bebês eram alimentados de maneira inadequada, dopados para dormir mais e tratados com medidas higiênicas insatisfatórias: por exemplo, permaneciam vários dias sem terem suas roupas trocadas e eram enfaixados para restringir seus movimentos para dar menos trabalho, embora apresentassem quase sempre problemas graves de assaduras, inflamações e infecções.

É interessante também recapitular alguns detalhes da história do filho ilegítimo. Na Idade Média, os nascimentos ilegítimos eram aceitos, sendo a concubinagem um evento comum. O filho ilegítimo não encontrava portas fechadas se o pai tivesse recursos para incluí-lo na sociedade. A partir do século XVI, com a Reforma protestante e a contrarreforma católica, passou-se a exigir a castidade para os religiosos e a fidelidade para os casais. A situação de mãe ilegítima agravou-se a ponto de tornar-se intolerável no século XVII. Tornando-se difícil a situação de ter um filho ilegítimo, muitas mulheres passaram a recorrer às práticas de aborto, do abandono e do infanticídio.

O abandono de crianças chegou a ser uma prática tão difundida que, no século XVII, começaram a surgir, na Europa, as primeiras instituições destinadas a acolher essas crianças. No Rio de Janeiro, a Casa dos Expostos ou Fundação Romão Duarte foi fundada em 1738 para receber as crianças abandonadas, a fim de proteger a honra da família colonial, escondendo, dessa forma, os filhos ilegítimos. Quanto ao infanticídio, apesar de crime punido com severidade, era amplamente praticado sob o disfarce de “acidente”: como mostra Ariès, era comum a morte de crianças por asfixia, mesmo sendo filhos legítimos, na cama dos pais, onde dormiam.

Todos esses fatos sugerem que, até o século XVIII, predominava uma conduta de indiferença materna. Para Ariès, isso se explica pelo alto índice de mortalidade infantil: se a

mãe se ligasse profundamente aos bebês, sofreria demais, dada a grande probabilidade de perdê-los. No entanto, Badinter dá outra interpretação para esse fato: um grande número de bebês morria justamente em decorrência do desinteresse das mães. A partir daí conclui que o amor materno não é um instinto, mas um sentimento que, como todos os demais, está sujeito a imperfeições, oscilações e modificações, podendo manifestar-se só com um filho ou com todos. Para Badinter, a existência do amor materno depende não só da história da mãe como também da própria História.

Só no século XVIII, quando se começou a enfatizar a importância da presença da mãe na transmissão dos fundamentos de educação e de religião, estabeleceu-se o costume de colocar a criança até sete anos de idade sob a responsabilidade primária da mãe; a partir dessa idade, a criança passava a pertencer ao mundo dos adultos. Como mostra Ariès, o conceito de infância e o respeito pela vida da criança desenvolveram-se somente quando começou o declínio da taxa de mortalidade infantil, o que justificava, segundo sua interpretação, esse investimento afetivo.

É só no final do século XVIII que tem início a exaltação do amor materno, no discurso filosófico, médico e político. O filósofo Rousseau, com a publicação de *Émile*, em 1762, lançou ideias fundamentais sobre a família baseadas no amor materno. Embora tivesse abandonado seus cinco filhos, sob os protestos de sua companheira, Rousseau tornou-se um dos mais ardorosos defensores do amor materno, valorizando o vínculo afetivo derivado do contato físico entre mãe e filho.

Na época do Iluminismo, o discurso médico sobre a maternidade tomou o mesmo rumo das ideias de Rousseau. Especialmente com os trabalhos de Des Essartz, iniciou-se o processo de intimidar e culpar as jovens mães: a recusa de amamentar e a tentativa de abortar passaram a ser consideradas condutas criminosas.

No ensino médico, a obstetrícia surgiu como especialidade em 1806. A mulher passou a ser, então, objeto de estudo para definir seu papel social a partir de sua

anatomia. É assim que, por exemplo, Roussel, em 1775, via o corpo feminino como destinado à maternidade: a ossatura da mulher é menor e menos dura que a do homem, a caixa torácica é mais estreita e a bacia mais larga para conter o feto. Para Roussel, a fraqueza e a sensibilidade são as principais características da mulher e da mãe. Essa definição passa a predominar no decorrer do século XIX, reforçando o argumento de manter a mulher encerrada no lar. Virey, um discípulo de Roussel, reduziu com clareza o papel da mulher à procriação.

Para Costa (1979), a tendência a culpar a mulher é um aspecto importante da mentalidade higiênica, na história da medicina no Brasil. Combateu-se o emprego da ama-de-leite mercenária, incitando-se a mulher a cumprir seu “dever natural” de amamentar “instintivamente”, como as fêmeas de outras espécies. Dessa forma, amamentar passou a ser sinônimo de boa mãe. Também no Brasil, um dos fatores que mais contribuíram para a alta taxa de mortalidade infantil foi a falta de cuidado e o hábito de entregar a criança pequena a escravas incompetentes; os partos assistidos por parteiras inábeis aumentavam de maneira significativa o número de natimortos.

Kniebiehler e Fouquet comentam que foi também no século XIX que se tornou mais claro cientificamente o processo de fecundação. Acreditava-se, até então, que a mulher só concebia quando atingia o prazer sexual; descobriu-se, então, que o prazer não era condição essencial para a concepção. A partir daí, alguns médicos passaram, inclusive, a acreditar que a mulher frígida poderia ser fecundada com maior facilidade porque, permanecendo mais passiva, reteria melhor o esperma. Dessa forma, o prazer feminino, antes considerado necessário à fecundação, passou a ser não só supérfluo como até mesmo contraindicado. Delineou-se com mais força do que nunca o campo da repressão da sexualidade e a dissociação entre a mulher-mãe e a mulher-fêmea.

No entanto, nas classes dominantes, começou a surgir o desejo de reduzir a prole. Para isso, tornou-se necessário controlar o desejo sexual das esposas, enquanto os homens

canalizavam suas necessidades procurando prostitutas e criadas. A função da esposa restringia-se à procriação: muitos médicos recomendavam a interrupção das relações sexuais durante a gravidez, não só para “evitar acidentes”, como também porque na mulher grávida “a natureza está satisfeita”. Considerava-se uma contradição da natureza a grávida ter “desejos carnis”. Persistiu também a crença de que, durante a amamentação, era necessária a abstinência sexual porque uma nova gravidez estragaria o leite, pondo em risco a sobrevivência da criança.

No culto à maternidade ocorrido no século XIX, o lugar da mãe cresceu na sociedade ao mesmo tempo que o da criança, justamente — como mostra Ariès — no período de expansão do controle da natalidade. As novas condições de vida econômica e política atraíram cada vez mais o homem para fora de casa; tornou-se, então, necessário delegar à mulher a função de educadora. A maternidade, até então uma função sobretudo biológica, passou a ter uma função social. No entanto, apesar do discurso médico e filosófico, os nobres, os ricos e os burgueses continuavam a confiar seus filhos a amas mercenárias até o fim do século XIX, quando os progressos da higiene e da esterilização — que possibilitaram o início da puericultura — permitiram a utilização do leite animal sem grandes riscos. Nessa época, o novo sentimento de família também contribuiu para diminuir a incidência de separação entre bebês e suas mães.

No século XX, especialmente sob a influência da psicanálise, reforçou-se a tendência a responsabilizar a mãe pelas dificuldades e problemas dos filhos. Para Badinter, a mãe do século XVIII era auxiliar dos médicos; no século XIX, colaboradora dos religiosos e dos professores e, no século XX, assumiu outra responsabilidade — a de cuidar do inconsciente e da saúde emocional dos filhos: com a ênfase exagerada da importância da relação mãe-filho, muitos teóricos da psicologia assumiram uma postura acusatória e culpógena em relação à mulher, acentuando a imagem de devoção e de sacrifício que caracterizaria a “boa mãe”, que tornou-se, desse modo, o personagem central da família.

No século XXI, a tendência é consolidar o

desenvolvimento dos aspectos provedores e cuidadores em homens e mulheres: como ambos estão inseridos ativamente no mercado de trabalho, precisam desenvolver a parceria para cuidar da prole. As pesquisas sobre a influência do vínculo paterno na formação da personalidade ainda precisam ser expandidas, mas já se sabe claramente que o amor do pai é muito importante para o bom desenvolvimento emocional de filhos e filhas.

A maternidade e a paternidade como fases do desenvolvimento psicológico

Em meados do século XX, vários autores que estudaram a psicologia do desenvolvimento, como Caplan (1967), Erikson (1959), Bribing (1961), Benedek (1959), viam o desenvolvimento psicológico como um contínuo que se prolonga muito além da adolescência, marcado por vários períodos de crise, decisivos no crescimento emocional e que em parte determinam o estado de saúde ou doença mental. Em outras palavras, psicologicamente a pessoa nunca cessa de crescer e sempre há possibilidade de reestruturações, modificações e reintegrações da personalidade. Com o desenvolvimento da neurociência, especialmente com o conceito de neuroplasticidade, essa visão se consolidou: as experiências da vida e os relacionamentos modelam os circuitos neurais e estimulam o crescimento de novos neurônios, gerando a possibilidade de mudar a arquitetura cerebral durante toda a vida (Damasio,A. 2010; Doidge,N. 2007; Siegel,D. (2010).

No ciclo vital da mulher, há três períodos críticos de transição que constituem fases do desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. São três períodos de transição biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade.

O conceito de crise e de transição existencial

A teoria da crise foi elaborada por G. Caplan e sua equipe na Universidade de Harvard. Crise pode ser definida como um período temporário de desorganização no funcionamento de um sistema aberto, precipitado por circunstâncias que transitoriamente ultrapassam as capacidades do sistema para adaptar-se interna e externamente (Caplan, 1963). Crise pode ser definida de forma mais simples como uma perturbação temporária de um estado de equilíbrio (Rapoport, 1965).

O termo crise foi primeiramente empregado por Caplan e Lindemann para referir-se às reações de uma pessoa a eventos traumáticos, tais como a morte súbita de uma pessoa amada, o nascimento de um filho prematuro, desemprego inesperado (crises imprevisíveis). O mesmo termo foi também usado por Erikson para referir-se a várias etapas do desenvolvimento psicológico normal, tais como a puberdade, o casamento, a gravidez, a menopausa (crises previsíveis). Logo, o termo crise pode referir-se tanto aos períodos de transição inesperados quanto aos inerentes ao desenvolvimento.

Uma crise pode ser precipitada por mudanças internas (crises normais do desenvolvimento, doenças ou traumas) ou externas (perda ou ameaça de perda de uma fonte de segurança e satisfação; acúmulo de tensões que ameaçam romper o equilíbrio funcional dos mecanismos adaptativos do ego). Em qualquer caso, as crises implicam um enfraquecimento temporário da estrutura básica do ego, de forma que a pessoa não consegue utilizar seus métodos habituais de solução de problemas, e, portanto, requerem a mobilização dos mecanismos adaptativos do ego no sentido de buscar respostas novas.

A crise é uma encruzilhada no caminho da saúde mental. A solução encontrada para superar uma crise pode ser saudável ou doentia: a pessoa pode melhorar (novo nível de integração e amadurecimento da personalidade) ou piorar (maior grau de desintegração, desorganização e desajustamento). É por isso que a crise representa, ao mesmo tempo, risco e oportunidade. Por estar num estado temporário de equilíbrio instável, em busca de novas

soluções, a pessoa em crise fica mais vulnerável e acessível à ajuda. Isso significa que qualquer tipo de intervenção eficiente, seja profissional ou não, tende a ser mais rapidamente aproveitada e absorvida do que quando oferecida em períodos de equilíbrio estável, quando os mecanismos defensivos e adaptativos se encontram mais rigidamente estruturados gerando menos disposição para enfrentar mudanças. Uma pessoa em crise não tem escolha: tem de mudar, em alguma direção e de uma maneira nova.

Caplan e sua equipe, através de suas experiências clínicas com a intervenção em crise, perceberam que é possível ajudar qualquer pessoa a superar uma crise de forma satisfatória, independentemente das características de personalidade ou caráter (Caplan, 1964). Isso implica crer menos no determinismo (por exemplo, uma pessoa inteligente sempre sairia das situações de crise de maneira inteligente, uma pessoa fraca se enfraqueceria ainda mais) e mais no tipo de ajuda oferecido. Na crise, a ajuda eficiente consiste em encorajar (e não em suprimir) a livre expressão dos sentimentos de tristeza, ansiedade e raiva, para que possam ser transformados. Na crise, os distúrbios de comportamento não devem ser confundidos com sintomas de doença mental, mas sim como sinal do esforço interno para alcançar um novo equilíbrio.

É comum surgirem sintomas tais como insônia, perda de apetite e de peso, agitação, taquicardia, estados de angústia, choro, depressão, apatia, dores de estômago ou de cabeça. Esses sintomas costumam diminuir ou desaparecer ao fim de algumas semanas, quando a pessoa começa a vislumbrar alguma saída para a crise.

Podemos reservar o termo crise para os períodos de vida mais “dramáticos” ou “revolucionários” e empregar o termo transição existencial para os períodos que, como as crises, também são passagens de uma situação a outra, mas que acontecem de modo mais suave. Na verdade, toda crise é uma transição, mas nem toda transição resulta em crise. As transições são marcos importantes, também envolvem mudanças significativas, reorganizações, aprendizagem — ter um filho, iniciar a vida profissional, casar-se, descasar-se,

aposentar-se, entrar no climatério são exemplos de transições que podem ou não ser vividas como crises. As transições podem resultar de decisões e escolhas pessoais, e também de acontecimentos inesperados que independem de nossa vontade ou decisão. Muitas vezes uma crise eclode em decorrência de uma superposição de transições, como no caso de uma mulher que estava há nove anos casada sem engravidar: definira-se como estéril e decidira viver sem filhos. Separou-se, conheceu outro homem e, na primeira relação sexual, engravidou. Muito surpresa por descobrir-se fértil, resolveu ter o filho: gestação e parto complicados, ela entrou em depressão logo após o nascimento do bebê e procurou tratamento psicoterápico. Em outras palavras, diferentes transições, que separadamente poderiam ser passadas com tranquilidade, juntas formam uma crise.

Pode acontecer também que uma situação inicialmente vivida como transição venha a se transformar em crise quando há uma quebra expressiva da expectativa, seja por um acidente inesperado (por exemplo, um natimorto em cuja gestação não houve problemas), seja porque a realidade se revela muito diferente das fantasias construídas sobre ela.

Uma adolescente, solteira, resolve assumir a gravidez sozinha, sem apoio do namorado e da família; nesse contexto tumultuado, a gravidez tranquila transforma-se no campo dos sonhos — alimentação natural, ioga, projeto de parto de cócoras, amamentação exclusiva até seis meses, o filho sonhado, ela sendo a mãe que ela própria não teve. O tombo do coqueiro: dezesseis horas de trabalho de parto, dilatação completa, episiotomia feita, o neném “entalou”, não fazia rotação. Cesárea, atraso do anestesista, peridural difícil de aplicar, equipe insegura, ela em pânico. No pós-parto, grave crise depressiva, vomitava sempre que amamentava, não conseguia dormir bem, sentia-se exausta. Disse: “Achei que o parto ia ser um prêmio por todo meu esforço de assumir um filho sozinha; eu fiz tudo, mas o neném não fez a parte dele, não colaborou comigo”. O neném “estragou tudo”, desmanchou o sonho do parto perfeito, da maternidade feliz.

A gravidez como crise ou transição

A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: mudanças na identidade e uma nova definição de papéis — a mulher passa a se olhar e a ser olhada de outro modo. No caso da primípara, a grávida além de filha e mulher passa a ser mãe; mesmo no caso da múltipara, há mudanças na identidade, pois ser mãe de um filho é diferente de ser mãe de dois e assim por diante. Com a vinda de cada filho toda a composição da rede de intercomunicação familiar se altera. O mesmo processo acontece no homem: a paternidade também é uma transição no desenvolvimento emocional masculino. A mulher pode até então ter atuado como “filha” ou “mãe” do marido e, quando espera o próprio filho, precisa ajustar-se à realidade de ser mãe daquela criança. Essa nova definição de papéis pode trazer à tona antigos conflitos de relacionamento: a mulher e o homem podem querer ser melhores do que os próprios pais: ou se sentem incapazes de competir com eles, ou encaram o bebê como um irmão mais novo, rivalizando pelo afeto do pai ou da mãe.

A complexidade das mudanças provocadas pela vinda do bebê não se restringe apenas às variáveis psicológicas e bioquímicas: os fatores socioeconômicos também são fundamentais. Numa sociedade em que a mulher está no mercado de trabalho, também é responsável pelo orçamento familiar e cultiva interesses diversos, ter um filho acarreta mudanças significativas. Privações reais, sejam afetivas, sejam econômicas, aumentam a tensão, intensificam a regressão e a ambivalência. A preocupação com o futuro aumenta as necessidades da grávida e intensificam sua frustração, gerando raiva e ressentimento, que a impedem de encontrar gratificação na gravidez.

A gravidez como transição existencial representa a possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade ou de adotar uma solução patológica que predominará na relação com a criança. Uma relação saudável implica em perceber e

satisfazer de modo adequado as necessidades do bebê, visto como um indivíduo separado e não simbioticamente confundido com a mãe. Em contraste, uma relação doentia caracteriza-se pela expectativa de que o bebê preencha necessidades neuróticas da mãe ou do pai, como, por exemplo, evitar a solidão, preencher a carência de afeto, realizá-los como pessoas; o bebê pode representar aspectos doentios da mãe ou do pai; com frequência, é essa a dinâmica subjacente à incessante procura de médicos para descobrir “o que há de errado” com o bebê que na realidade é perfeitamente saudável.

A gravidez pode aprofundar o relacionamento do casal, mas, por outro lado, pode romper uma estrutura frágil e neuroticamente equilibrada. Para a mulher que quer excluir o marido de sua vida, para o homem que sente intenso ciúme do filho que vai nascer, assim como sentiu em relação aos irmãos mais novos, para a mulher que não superou sua dependência infantil em relação à própria mãe, ou para a que se sente inferior pelo fato de ser mulher, a gravidez pode constituir uma ameaça ao casamento ou ao equilíbrio pessoal.

Alguns autores, como Chertok (1966) e Soifer (1971), consideram a gravidez como uma experiência essencialmente regressiva tanto em relação à ansiedade e aos sintomas quanto em relação ao bem-estar e à proteção, em que predominam as características orais (hipersonia, voracidade, dependência), que indicam uma identificação básica da grávida com o feto. Essa identificação regressiva atingiria um clímax no próprio processo de parto, à medida que a parturiente revive o trauma de seu próprio nascimento (Rank, 1929). No entanto, o conceito de regressão nesse contexto não tem necessariamente uma conotação patológica: pode fazer parte do processo de desenvolvimento. Autores como Anna Freud (1965) concebem o desenvolvimento como um jogo de regressões temporárias (a patologia caracteriza-se pela presença de regressões permanentes) e progressões, utilizando o modelo de espiral; esse mesmo modelo está implícito na teoria da crise — para atingir um novo nível de organização da personalidade (progressão) é preciso passar por um

período de relativa desorganização (regressão).

Situar a gravidez como crise ou transição não quer dizer que o período crítico termine com o parto. Na realidade, grande parte das mudanças maturacionais ocorre após o parto: o puerpério é um período de transformação, pois implica novas mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais-filho e grandes modificações da rotina e do relacionamento familiar.

O nascimento de um filho é uma experiência familiar. Por isso, para oferecer uma assistência pré-natal integral, é necessário pensar não apenas em termos de “mulher grávida”, mas também de “família grávida”.

O sistema familiar é composto por uma série de subsistemas em interação contínua. Howells (1972) considera a família como um organismo completo, que possui uma unidade própria; assim como o indivíduo, a família é um sistema organizado, com uma estrutura peculiar, canais de comunicação e elementos característicos. Portanto, qualquer evento que ocorre com uma das partes desse sistema atinge o sistema inteiro; logo, a gravidez é uma experiência que pertence à família como um todo.

Mesmo numa família composta de pai, mãe e um filho, os subsistemas nunca representam uma tríade verdadeira, uma vez que, desde o conhecimento da gravidez até as primeiras semanas após o parto, quando a interação entre mãe e bebê é muito intensa, o marido-pai participa ativamente, formando uma tríade familiar. Por exemplo, pode reagir às necessidades de maior proteção e cuidado por parte da mulher assumindo um papel protetor e compartilhando com ela a tarefa de cuidar do bebê, vivenciar junto com a mulher os temores e as ansiedades referentes ao parto e ao puerpério, compartilhar as expectativas e fantasias em relação ao bebê e, dessa forma, também elaborar dentro de si sua relação com a criança.

Essa primeira tríade familiar continua a se manter, de maneira estável, na medida em que só existe um filho; no entanto, como mostra Benedek (1970), com a vinda de cada filho, muda-se toda a composição da rede de intercomu-

nicação da família, com o acréscimo de novos subsistemas.

Os trabalhos iniciais sobre os aspectos psicológicos do ciclo grávido-puerperal concentravam-se quase exclusivamente nas modificações da mulher e atentavam pouco para a paternidade como transição e para a influência de outros fatores (o cônjuge, outros familiares, o contexto assistencial e cultural) nas vivências da gravidez. Também quem se torna avô, tio, sobrinho ou irmão a partir do nascimento de um novo membro da família passa por transformações importantes. A repercussão dos aspectos sociais, culturais e assistenciais, os matizes de influências recíprocas entre a família e o bebê na formação dos padrões de relacionamento, tudo isso constitui vasta área de estudos e pesquisas.

Caracterização dos aspectos psicológicos dos três trimestres da gravidez

A decisão de ter um filho resulta da interação de vários motivos, conscientes e inconscientes: aprofundar e dar expressão criativa a uma relação amorosa importante; concretizar o desejo de transcendência e continuidade, elaborando a angústia da morte e a esperança da imortalidade (muitas vezes simbolizada pela manutenção do “nome da família”); manter um vínculo já emocionalmente desfeito; competir com irmãos (quem tem filhos primeiro, quem tem o maior número de filhos); dar um filho para a própria mãe (Colman, 1971), quando a mulher passa a comportar-se em frente ao filho como uma irmã mais velha, renunciando ao exercício da função materna para “indenizar” a própria mãe, quando esta não conseguiu ter todos os filhos que desejava ou quando perdeu algum; preencher o vazio de um companheiro, garantindo que não vai permanecer sozinha, motivação comum em mulheres solteiras; buscar uma extensão de si própria — o filho com a missão de preencher desejos e lacunas da vida dos pais; preencher um vazio interno, mulheres que desejam ficar permanentemente grávidas e definem a gravidez como “o melhor período da vida”, deprimindo-se após o parto e buscando uma nova gestação logo em seguida (Videla, 1990).

A separação dos aspectos psicológicos da gravidez em três trimestres é artificial e foi feita com o objetivo de apresentação mais sistemática. Nem todos os aspectos são vivenciados por todas as mulheres ou casais e a intensidade com que são sentidos varia muito. Duas coisas, porém, chamaram a atenção da autora a partir da pesquisa bibliográfica de estudos feitos em diversos países e a partir de sua experiência clínica como coordenadora de grupos de gestantes de várias classes sociais do Rio de Janeiro: a semelhança de vivências e temas expressos nos grupos e a existência de diferenças mais quantitativas do que qualitativas entre as vivências presentes na gravidez normal e na patológica (patologia, nesse caso, refere-se tanto a uma gravidez medicamente normal numa mulher de personalidade neurótica quanto a uma gravidez medicamente anormal numa mulher razoavelmente bem ajustada).

Embora a existência de estados emocionais peculiares na gravidez seja reconhecida pela grande maioria dos autores, a origem desses estados ainda é muito discutida. É fácil supor, em vista das grandes transformações provocadas pela gravidez, que todas as mudanças emocionais devem-se à existência de conflitos normalmente presentes nesse período. No entanto, é perfeitamente possível que outros fatores influam de maneira decisiva na etiologia dos estados emocionais da gravidez. Estudos feitos com animais e seres humanos mostram que os hormônios sexuais exercem efeitos definidos no comportamento, sugerindo que as grandes mudanças dos níveis de estrogênio e progesterona podem influir enormemente na psicologia da gravidez (Benedek e Rubinstein, 1942). Outros autores sugerem que as oscilações entre as relações do id e do ego na crise da gravidez são responsáveis pelas mudanças emocionais e pela maior acessibilidade de material de processo primário (Bibring, 1961; Caplan, 1964). Colman (1969) afirma que é impossível discriminar separadamente as complexas interrelações entre fatores hormonais e psicológicos.

O equilíbrio hormonal e a regularidade da ovulação são facilmente rompidos em função da ansiedade e de conflitos importantes com relação à maternidade, gerando a inibição

da ovulação ou até mesmo o espasmo das trompas. O medo de gerar filhos forma os alicerces de inúmeros casos de infertilidade e de transtornos da fecundação, tanto na mulher como no homem: incompetência istmo-cervical, hostilidade aos espermatozóides, aborto de repetição. O desejo, aliado ao medo, pode provocar alterações psicossomáticas, desde o simples atraso menstrual, com as correspondentes fantasias de fecundação, até as impressionantes manifestações da pseudociese, ou gravidez fantasma, verdadeira “psicose corporal” que fabrica um bebê imaginário construindo um corpo falsamente grávido, numa dramática demonstração do poder do desejo. Entre os sintomas mais comuns da pseudociese, encontra-se o delírio psicótico de estar grávida, a suspensão da menstruação, aumento do volume abdominal, modificação das glândulas mamárias, náuseas e vômitos.

Whelan e Stewart (1990) mencionam que a incidência de pseudociese diminuiu nos últimos cinquenta anos, provavelmente devido a vários fatores socioculturais e da própria evolução da medicina. No entanto, descrevem seis casos de mulheres entre vinte e trinta e cinco anos tendo em comum uma perda gestacional recente ou um histórico de infertilidade, carência de informações médicas e filiação a grupos religiosos que colocam a procriação como a principal meta da vida da mulher.

Para abordar os matizes e a complexidade das vivências do ciclo grávido-puerperal, é importante também levar em consideração a interação de fatores, tais como: a história pessoal da grávida (que inclui não só sua história psicosssexual e seu passado ginecológico-obstétrico, como também o de sua mãe e irmãs); o contexto existencial dessa gravidez (se dentro ou fora de um vínculo estável, se a mulher já passa dos trinta ou ainda é adolescente, se essa gravidez veio após anos de infertilidade ou de episódios de aborto, espontâneos ou provocados); as características de evolução dessa gravidez (se normal ou de risco, com ameaça de perda do feto ou perigo de vida para a mulher); o contexto socioeconômico dessa gravidez (a possibilidade de dispor de um mínimo de dinheiro e de condições de higiene para criar esse filho ou uma situação tão

desfavorável que motiva a doação da criança); o contexto assistencial (se a mulher recebe assistência adequada de profissionais nos quais confia ou se é atendida de modo precário).

O primeiro trimestre

A percepção da gravidez pode ocorrer bem antes da confirmação pelo exame clínico e até mesmo antes da data em que deveria ocorrer a menstruação. Não é raro a mulher captar de modo inconsciente as transformações bioquímicas e corporais que assinalam a presença de gravidez e expressar essa percepção através de sonhos ou “intuições”.

Em contraposição, há mulheres que só “descobrem” a gravidez no quarto ou quinto mês, ou porque têm pouca sintonia com o próprio corpo e negam a existência das transformações provocadas pela gestação, ou porque na história ginecológica há episódios de amenorréia prolongada, ou porque sangramentos eventuais no primeiro trimestre são confundidos com menstruação.

É a partir do momento dessa percepção — consciente ou inconsciente — da gravidez que se desdobra a relação materno-filial e as modificações na rede de comunicação familiar. É nesse momento também que se instala a vivência básica da gravidez, que vai se manifestar sob diversas formas no decorrer dos três trimestres e após o parto: a ambivalência afetiva — a “balança do querer e do não-querer”. Há sempre uma oscilação entre desejar e não desejar aquele filho. Não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada; mesmo quando há clara predominância de aceitação ou rejeição, o sentimento oposto jamais está inteiramente ausente. Esse fenômeno é absolutamente natural e caracteriza todos os relacionamentos interpessoais significativos. Uma pessoa nunca ama ou odeia outra totalmente: a complexidade de um relacionamento humano permite a coexistência de diversos sentimentos. Além do mais, a gravidez implica a perspectiva de grandes mudanças — interpessoais e intrapsíquicas —, o que envolve perdas e ganhos, e isso, por si só, justificaria a coexistência de sentimentos opostos.

Vale acrescentar que, pela lógica racional, sentimentos contraditórios não podem coexistir: a pessoa quer ou não quer, gosta ou não gosta; no entanto, no plano da lógica emocional, sentimentos contraditórios coexistem — a pes-

soa quer e não quer, gosta e não gosta, em intensidades variadas e mutáveis. E é justamente o plano da lógica emocional que, quase sempre, tem o peso maior na determinação da conduta.

A comunicação da gravidez ao parceiro, familiares e amigos tem repercussões variadas, dependendo do contexto em que acontece essa gravidez: se é “mais um” e, por isso, pouco festejado; se é um filho esperado há muito tempo; se é uma gravidez que acontece fora de vínculo socialmente aceito; se é uma gestação precedida de muitos episódios de abortamento de primeiro trimestre, gerando ansiedade de vir a sofrer mais uma perda.

No primeiro trimestre, o feto ainda não é concretamente sentido, e as alterações do esquema corporal ainda estão discretas. Portanto, as manifestações mais comuns da ambivalência são os sentimentos de dúvida entre estar ou não grávida, mesmo após a confirmação clínica, que, por sua vez, também tende a evocar uma mistura de sentimentos de alegria, apreensão, irrealidade e, em alguns casos, franca rejeição. É comum também a sensação de o feto não estar ainda suficientemente “preso” no útero, o que provoca inúmeras fantasias de aborto e, em alguns casos, tentativas propositais ou “acidentais” — como, por exemplo, excesso de exercícios e atividades físicas, propensão exagerada a tombos, fumo e bebida em excesso. Às vezes, o desejo de abortar é disfarçado por um mecanismo de formação reativa, como, por exemplo, autoproteção e cautela exageradas, que fazem com que a mulher restrinja várias atividades, até mesmo as relações sexuais, por medo de prejudicar o feto.

Observa-se também a reativação de teorias sexuais infantis, devido aos matizes regressivos da gravidez. É comum, por exemplo, o medo de defecar e, assim, acabar abortando, sensação que corresponde a fantasias sexuais primitivas segundo as quais o neném nasce pelo ânus.

A oscilação de sentimentos que se instala a partir do início da gravidez mostra outro aspecto importante: a reação inicial diante da gravidez não se cristaliza para sempre. Uma atitude inicial de rejeição pode dar lugar a uma

atitude predominante de aceitação e vice-versa.

O avanço tecnológico possibilitou visualizar com mais nitidez o feto no ventre materno: a rotina do ultrassom ficou tão estabelecida que deixou de ser apenas um exame para ser também um acontecimento social, em que a “família grávida” quer ver as imagens do bebê no útero e saber o quanto antes se é menino ou menina.

Uma das primeiras manifestações do primeiro trimestre é a hipersonia: a mulher sente mais necessidade de dormir do que o habitual. É como se o organismo se preparasse para as tensões fisiológicas adicionais aumentando a necessidade de repouso. Alguns autores de orientação psicanalítica (Soifer, 1971) interpretam esse fenômeno em termos de regressão e identificação da mulher com o feto. Na medida em que a hipersonia tende a estar associada ao aumento do retraimento, acarreta repercussões na vida familiar, principalmente no caso da múltipara; os outros filhos por vezes captam inconscientemente essas modificações (mesmo quando não são informados da gravidez da mãe) e podem apresentar sintomas de inquietação, dificuldades de sono e de alimentação.

As náuseas e os vômitos são os sintomas mais comuns do início da gravidez. Há a influência de vários fatores. As teorias que enfatizam quase exclusivamente a contribuição de hormônios e substâncias tóxicas estão superadas porque não conseguem explicar o fato de que nem todas as grávidas vomitam, as fêmeas das mais diversas espécies de animais não vomitam e em algumas culturas as náuseas e os vômitos da gravidez são fenômenos desconhecidos, como em algumas regiões da África, Ásia, Austrália, Alasca e Havaí (Ferreira, 1965).

Caplan (1960) supõe que as mudanças hormonais do início da gravidez explicam em parte a ocorrência de náuseas e vômitos, pois diminuem o limiar bioquímico desses sintomas. No entanto, a grande amplitude de variação quanto à ocorrência, persistência e severidade desses sintomas sugere a influência de fatores psicológicos na etiologia.

Ao fazer uma revisão dos estudos publicados desde 1945,

Macy (1986) concluiu que a atitude ambivalente com relação à gravidez é o fator mais evidente na maioria das pesquisas na etiologia das náuseas e dos vômitos.

O fator psicogênico é claramente aceito pela grande maioria dos autores nos casos de hiperemese gravídica — o grau patológico dos vômitos da gravidez que na maioria das vezes requer hospitalização e põe em risco a saúde da mulher e a vida do concepto. Os estudos mais tradicionais são os de Kroger e De Lee (1946) e o de Harvey e Sherfey (1954). Kroger e De Lee trataram vinte e uma pacientes hospitalizadas com hipnoanálise e verificaram que em dezenove casos os sintomas desapareceram; concluíram que a rejeição inconsciente da gravidez era o fator dinâmico básico. Harvey e Sherfey compararam vinte grávidas hospitalizadas por hiperemese com catorze controles; utilizaram como instrumentos o teste de Rorschach e avaliações clínicas e encontraram diferenças significativas entre os grupos: as pacientes que sofriam de hiperemese apresentavam maior incidência de distúrbios gastrointestinais em situações de tensão, dismenorréia e frigidez; eram mais imaturas, mais dependentes da mãe, mais ansiosas e tensas durante a gravidez. Os autores encontraram correlação positiva entre o grau de perturbação emocional e a severidade e duração da hiperemese. Meighan e Wood (2005), utilizando o método de entrevistas em profundidade, viram que para as grávidas que sofrem de hiperemese as abordagens tradicionais de educação pré-natal não são suficientes para ajudar a formar um bom vínculo com o bebê.

Uma das teorias mais populares a respeito das náuseas e vômitos é a de que se devem à rejeição da gravidez. No entanto, alguns estudos demonstram a importância etiológica de outros fatores e não especificamente da rejeição.

Para Rezende e Montenegro (2011), além dos fatores psicossomáticos, há também reações alérgicas da mãe a substâncias produzidas pelo ovo, reflexos originados no útero expandido ou nos órgãos digestivos e alterações hormonais, como fatores etiológicos da hiperemese, cuja

incidência tem se tornado menor devido à ação de antieméticos mais eficazes, melhor assistência pré-natal associada ao atendimento psicoterápico. Um estudo de Fuchs (1989) mostra a eficácia da hipnoterapia em grupo como mais significativa do que a hipnose individual: 25% dos casos tratados individualmente não apresentaram melhoras significativas, em comparação com apenas 2% dos casos tratados em grupo, independentemente de idade e paridade.

Torem (1994) fez uma revisão de estudos sobre a hiperemese gravídica e apresentou cinco estudos de casos de mulheres entre dezenove e trinta e dois anos que apresentavam esse problema no primeiro trimestre de gestação. Todas foram submetidas a técnicas hipnóticas e obtiveram excelentes resultados, especialmente com a auto-hipnose associada a imagens guiadas. A hiperemese gravídica é um distúrbio com potencial de alto risco na gestação devido à intensidade e frequência dos vômitos. No trabalho de Iancu et al. (1994), não só as técnicas hipnóticas mas também a terapia comportamental e outras modalidades de psicoterapia obtiveram bons resultados de tratamento. A hipnose é também citada como um recurso eficaz para vômitos e hiperemese gravídica no estudo de Simon e Schwartz (1999).

A pesquisa dos fatores psicogênicos das náuseas e vômitos na gravidez apresenta vários pontos em comum. Há concordância acerca da influência dos fatores bioquímicos quando esses sintomas são moderados e da importância etiológica de fatores psicológicos na hiperemese gravídica.

Outras manifestações peculiares da gravidez são os desejos (vontade compulsiva intensa por determinado alimento não especialmente desejado fora da gravidez) e as aversões (repulsa intensa por certos tipos de comida ou bebida, nunca sentida antes). Os desejos parecem chamar mais atenção do que as aversões, embora estas sejam igualmente comuns e é provável que esses dois fenômenos estejam intimamente relacionados. Em alguns casos, os desejos podem resultar em bulimia ou polidipsia.

Threthovan e Dickens (1972) dividiram as teorias exis-

tentes sobre desejos e aversões em quatro categorias: a) teorias baseadas em superstições e folclore, segundo as quais quando um alimento desejado não é comido, a criança fica prejudicada, desfigurada ou com alguma marca; b) teorias “físicas”, que tendem a atribuir a pica (desejo compulsivo de comer substâncias estranhas, tais como barro, cimento, talco etc.), em particular, a uma necessidade de compensar deficiências nutritivas; c) teorias psicológicas ou psicodinâmicas, que tendem a explicar esses fenômenos em termos de insegurança, ambivalência, necessidade de atenção e regressão; d) teorias que sugerem que a maioria das perversões de apetite na gravidez deve-se em parte às alterações do paladar e do olfato, que ficam mais embotados, e daí a preferência por substâncias de sabor e cheiro mais ativos e picantes.

Na gravidez, é comum o aumento de apetite, que às vezes atinge graus de extrema voracidade, com o conseqüente aumento de peso, que pode ocasionar diversas complicações obstétricas. Vários fatores psicodinâmicos podem atuar nesses casos: nos primeiros meses de gravidez há grande correspondência entre aumento de peso e crescimento fetal e, portanto, o ganho ponderal pode ser sentido como um sinal de que o feto está se desenvolvendo normalmente (Colman, 1969). A dificuldade de manter uma alimentação adequada pode ser um mecanismo de autoproteção: o feto é sentido como um parasita, sugando sem cessar as reservas da mãe, que passa a comer em excesso a fim de compensar as “perdas”. Essa dinâmica também está presente na gênese da voracidade materna durante o período de amamentação, em que o bebê é sentido como “sugador”, esvaziando a mãe, que precisa, então, compensar as perdas pelo aumento exagerado do apetite.

Em outros casos, a restrição alimentar e a necessidade de manter uma dieta mais proteica e menos calórica são sentidas como mais uma privação ou sacrifício imposto pela maternidade; a dificuldade de manter a alimentação adequada evitando certos alimentos deve-se à necessidade de gratificar-se para compensar as privações pessoais associadas com a vinda do bebê. A voracidade pode

também indicar a presença de sentimentos de hostilidade e desejos de destruir o feto, encobertos por uma formação reativa de preocupação excessiva com o bom desenvolvimento fetal; ainda como manifestação da ambivalência, podem surgir sentimentos de culpa associados à impressão de não estar se alimentando de maneira adequada e, a partir daí, o medo de estar fazendo mal ao feto. Todos esses fatores etiológicos estão intimamente vinculados a um dos temores mais universais da gravidez: o medo de ter um filho com algum tipo de deficiência. Em níveis mais profundos, isso pode expressar o medo de que os próprios sentimentos de hostilidade e rejeição, que fazem parte da ambivalência e são vivenciados como maus e destruidores, possam prejudicar irremediavelmente o feto.

Alguns autores, como Caplan (1960), acreditam que também as oscilações de humor, tão comuns desde o início da gravidez, estão intimamente relacionadas com as alterações do metabolismo. É comum a mulher passar da depressão à euforia sem motivo aparente: esses estados de humor não estão necessariamente associados à atitude para com a gravidez. Mulheres que predominantemente aceitam a gravidez podem passar por períodos depressivos e crises de choro e mulheres que predominantemente rejeitam a gravidez podem passar por períodos de grande euforia e bem-estar. No entanto, a passagem por outras situações de transição existencial que não envolvem modificações hormonais biologicamente determinadas (por exemplo, término de casamento, migração) também costuma provocar oscilações emocionais marcantes nas primeiras etapas de adaptação à nova situação: a pessoa passa por altos e baixos, da euforia à depressão, sente-se mais vulnerável, como se estivesse com "pele fina". Isso sugere que as oscilações de humor devem-se, pelo menos em grande parte, ao próprio esforço de adaptação a uma nova realidade da vida, que envolve novas tarefas, responsabilidades, aprendizagem e descobertas.

O aumento da sensibilidade está intimamente ligado a essas oscilações de humor: além de haver, em geral, maior sensibilidade nas áreas de olfato, paladar e audição, isso se

expressa também na área emocional através do aumento da irritabilidade: a mulher fica mais irritada e vulnerável a certos estímulos externos que antes não a afetavam tanto, chora e ri com mais facilidade. Caplan (1961) observou que essas flutuações ocorrem em ondas: a mulher pode sentir-se mais irritável ou sensível somente em determinados dias. Essas oscilações são também características de mudanças psicológicas organicamente induzidas.

Colman (1969) também observou oscilações de humor, aumento de sensibilidade e irritabilidade, mas atribuiu essas modificações à ampliação do campo da consciência na gravidez, que acarretaria a presença de sintomas psiquiátricos transitórios, tais como compulsões, ruminações obsessivas e fobias.

O segundo trimestre

O segundo trimestre é considerado o mais estável do ponto de vista emocional. O impacto da percepção dos primeiros movimentos fetais é um fenômeno central nesse trimestre — é a primeira vez que a mulher sente o feto, pelo movimento, como uma realidade concreta dentro de si, como um ser separado dela, embora muito dependente. Um estudo de Bonnaud e Revault D'Allones (1963) mostrou que a percepção dos primeiros movimentos fetais tendia a favorecer a aceitação da gravidez em 85% dos casos estudados, um maior grau de ambivalência em 10% e reações de rejeição intensa em 5% dos casos.

A percepção dos movimentos fetais ajuda a mãe a personificar o filho, de modo diferente do que pela observação das imagens de ultrassom de alta resolução. A gestante passa a atribuir ao feto certas características pessoais, segundo sua interpretação dos movimentos: o feto pode ser sentido como “carinhoso” ou “delicado”, se os movimentos são percebidos como suaves; ou ao feto podem ser atribuídas características de agressividade e ataque, se os movimentos são sentidos como bruscos e violentos, como se fossem socos ou “patadas”. Em um dos casos observados pela autora, os movimentos fetais eram interpretados como agressão ao corpo da mãe, como se o feto estivesse tentando destruí-la; em outro caso, de gravidez quase a termo, os movimentos fetais do tipo ritmado eram interpretados como sensação de prisão e desejo de sair do útero; em um terceiro caso, a grávida só se permitia dormir de costas porque, quando dormia de lado e sentia o feto mover-se, interpretava os movimentos como se fossem “queixas” do feto por estar sendo indevidamente comprimido; ainda em outro caso, os movimentos lentos e estereotipados das últimas semanas de uma gravidez que já havia ultrapassado a data prevista do término foram interpretados como se o feto estivesse “se espreguiçando”, sem a menor vontade de nascer.

As interpretações dos movimentos fetais podem estar em um contínuo de despersonificação- personificação. Há

gestantes que não conseguem sentir o feto como tendo uma identidade própria: vivenciam-no como uma “massa” ou como um “caroço” mais ou menos informe que se desenvolve dentro da barriga; por outro lado, outras conseguem diferenciar com nitidez a posição dos membros e tronco, à medida que a gravidez avança.

A ambivalência pode manifestar-se na interpretação dos movimentos fetais de várias maneiras: pelo alívio de sentir os movimentos, sinal de que o feto está vivo, e ansiedade quando não consegue perceber os movimentos, surgindo o temor de que algo não esteja bem.

Pode-se ver, portanto, que a interpretação dos movimentos fetais constitui mais uma etapa da formação da relação materno-filial em que, na fantasia da mãe, o feto já começa a adquirir características peculiares e a se “comunicar” com ela por meio da variedade dos seus movimentos.

As representações mentais e as fantasias que a mulher faz de si mesma como mãe e do seu futuro bebê influenciam o estilo de vínculo que ela formará com o filho: esse é o tema de um estudo de Ammaniti (1991), que entrevistou mulheres grávidas e, posteriormente, avaliou a interação dessas mulheres com seus filhos no final do primeiro ano de vida. Os resultados obtidos sugerem que existe uma influência das fantasias formadas durante a gravidez na formação subsequente da relação mãe-bebê.

O impacto dos movimentos fetais no homem é intenso: alguns sentem inveja pela impossibilidade de ter o feto desenvolvendo-se dentro de si. A partir dessa inveja, várias reações podem ocorrer: a formação de uma situação triangular adulta em que o homem “participa” dos movimentos fetais sentindo-os através do ventre da mulher e “comunica-se” com o feto por um processo semelhante de personificação feito pela mulher; o filho, ainda no útero, já é incluído na dinâmica do relacionamento familiar. Comumente, o homem revive antigos sentimentos de rivalidade fraterna, sentidos em relação à própria mãe quando grávida dos irmãos; nesses casos, o homem tende a sentir o feto como um “intruso” que vai roubar sua posição privilegiada diante da mulher, relegando-o a segundo plano.

Essa é uma vivência regressiva: um homem perguntou à mulher se continuaria fazendo comida para ele depois que o bebê nascesse, expressando o medo de exclusão e abandono; em outro caso, em que a primeira gravidez ocorreu após dez anos de casamento, o marido sentia raiva do ventre grávido por considerá-lo um obstáculo que se interpunha entre os dois, num contexto em que predominava o medo de que o bebê viesse “atrapalhar” o casamento. O interessante é que, nesse caso, o parto ocorreu no sétimo mês de gestação.

As alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade a partir do segundo trimestre, embora às vezes se manifestem desde o início da gravidez. Mais raramente, observa-se o aumento da sexualidade e algumas mulheres experimentam o orgasmo pela primeira vez durante a gravidez (Caplan, 1960). O aspecto dinâmico básico é a mudança da percepção de si própria: com a gravidez, essas mulheres sentem-se mais maduras e femininas, saindo de uma posição infantil e, portanto, concedendo-se o direito de viver uma sexualidade adulta. No entanto, mais comumente, verificam-se graus variados de diminuição do desejo sexual, chegando até ao desinteresse total, tanto por parte da mulher quanto do homem. Há vários fatores etiológicos: a cisão entre maternidade e sexualidade — a sensação de que a mulher grávida é “pura” e assexuada; uma das manifestações da ambivalência: o medo de atingir, fazer mal ou “amassar” o feto motiva a formação reativa de excessiva cautela e proteção. A autora observou casos de intensa rejeição a uma gravidez não planejada em que a aversão à relação sexual era basicamente motivada por um desejo de vingança e punição para o homem que a tinha engravidado. Em outros casos, há apenas uma diminuição do desejo que habitualmente já era reduzido: em uma situação de gravidez acidental de uma mulher que não queria ter filhos, foi possível perceber que ela ainda se sentia “filha” demais para se permitir ser mulher e mãe. Reportou que não sentia necessidade de manter relações sexuais e que, na gravidez, quando o marido tentava aproximar-se, ela ameaçava voltar para a casa da mãe.

A predominância da diminuição do desejo sexual foi mostrada nos estudos de Landis (1950) e Kenny (1973). Kumar e cols. (1981) realizaram um estudo longitudinal com cento e dezenove primíparas entre dezenove e quarenta anos sobre a atividade sexual na gravidez e até um ano após o parto. Nas diferentes entrevistas, a maioria das mulheres reportou redução na frequência de relações sexuais e diminuição de libido e de prazer durante a gravidez, especialmente no terceiro trimestre. Após o parto, 35% das mulheres reiniciaram as relações sexuais em torno da sexta semana; três meses após, quase todas já estavam mantendo relações sexuais, embora 77% com menor frequência, em comparação com o período imediatamente anterior à concepção. Variáveis tais como conflitos conjugais, depressão materna, antecedentes de abortamentos espontâneos e medo de prejudicar o feto apresentaram correlação significativa com a redução da frequência de relações sexuais e inibição do prazer.

Calhoum e cols. (1981) avaliaram as principais pesquisas sobre a influência da gravidez na sexualidade: os resultados mais encontrados nesses estudos mostraram uma diminuição do interesse e da atividade sexual durante o terceiro trimestre; mudanças no padrão de atividade sexual durante os primeiros meses de gestação são menos marcantes. A maioria das pesquisas utilizou metodologias diversas, a maioria das quais com limitações significativas; há poucas tentativas de identificar os fatores subjacentes dessas alterações da conduta sexual.

Hart e cols. (1991) distribuíram questionários a duzentas e dezenove mulheres (entre dezoito e quarenta e um anos) dois dias após o parto vaginal sem complicações e com gestações normais. As perguntas referiam-se à vida sexual um ano antes da fecundação e nos três trimestres da gravidez. A maioria das mulheres relatou diminuição do desejo, da frequência das relações sexuais e do orgasmo durante a gravidez, especialmente no terceiro trimestre. Nesse trimestre houve um aumento significativo de dispareunia e não ocorreu declínio da frequência de sexo oral, masturbação e sexo anal no decorrer da gravidez. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo

realizado na Suécia (Bogren,1991). Os autores concluíram que há necessidade de melhorar o nível de informação sobre a sexualidade na gravidez por parte da equipe assistencial.

Trutnovsky e cols. (2006) utilizaram entrevistas semi-estruturadas para pesquisar a subjetividade das grávidas quanto à sexualidade e verificou flutuações no desejo, com redução da importância das relações sexuais no decorrer da gestação e um ligeiro aumento do desejo no pós-parto. Utilizando discussões em grupos focais, Olsson e cols.(2005) estudaram a vivência da sexualidade no pós-parto: perceberam que muitas mulheres não gostavam do próprio corpo após o parto, queixavam-se da falta de sono e de tempo livre e que, em vez de fazer sexo, preferiam dormir; portanto, havia o problema da diferença de ritmo sexual entre elas e os parceiros, mas a maioria acreditava que o desejo sexual voltaria aos padrões anteriores.

É importante também considerar a influência dos fatores culturais na sexualidade durante e após a gravidez. Raphael (1973), ao estudar comparativamente várias sociedades, observou que o período de abstinência culturalmente aceito é muito variável em diferentes sociedades, desde alguns dias até dois anos após o parto. Ao que parece, em certas culturas, esse longo período de proibição é essencial pelo fato de que o leite materno é a única fonte de nutrição do bebê e ter outro filho antes do desmame do primeiro praticamente implicaria a morte deste.

A maneira como a mulher sente as alterações do esquema corporal está intimamente relacionada com as alterações da sexualidade, com a atitude do homem em relação às modificações corporais da mulher e com o modo em que ela própria se situa diante da gravidez. Há diferentes tipos de reação: a sensação de ser fecunda e estar desabrochando como mulher pode estimular sentimentos de orgulho pelo corpo grávido, sobretudo quando esse novo aspecto da estética feminina é festejado pelo companheiro. Em outros casos, a sensação é oposta e as alterações do esquema corporal são vividas como deformações — a mulher sente-se feia, um “monstro”, sexualmente incapaz

de atrair alguém; quando essa vivência é muito intensa, a mulher não acredita nas demonstrações de admiração do homem, desconfiando de que isto exprime apenas a intenção de consolá-la. Nesses casos, há quase sempre retração sexual, o que tende a introduzir na relação conjugal sentimentos de ciúme e suspeita de infidelidade; na verdade, quando o homem tende, por seu lado, a dissociar maternidade e sexualidade, não são raras as ligações extraconjugais durante a gravidez.

Um dos temores mais universais da gravidez está associado às alterações do esquema corporal: o medo da irreversibilidade, a dificuldade de acreditar que as várias partes do corpo, assim como são capazes de ampliar-se para fazer as adaptações necessárias no decorrer da gravidez e do parto, também conseguem voltar ao estado anterior à gravidez. Surge a preocupação de “não recuperar a forma”, de ficar permanentemente alargada e flácida depois do parto. Esse temor, além do seu aspecto objetivo mais superficial, tem um significado simbólico mais profundo: o medo de ficar modificada como pessoa pela experiência da maternidade, de não mais recuperar sua identidade antiga e transformar-se em outra pessoa, com mais perdas do que ganhos.

Segundo Caplan (1960), a introversão e a passividade constituem uma das características emocionais mais comuns na gravidez. Costumam surgir no final do primeiro trimestre (quando a hipersonia comumente desaparece) e aumentam aos poucos no decorrer da gestação. A mulher sente que o ritmo de seu organismo fica mais lento. Tende a ficar mais concentrada em si mesma, mais retraída; algumas sentem-se menos dispostas à atividade, e às vezes essa mudança é sentida como desagradável. Outras mulheres, ao contrário, reportam aumento de atividade, de energia e de disposição. Pode acontecer que um aumento exagerado de atividade seja a expressão de uma descarga de ansiedade. Para algumas mulheres, a gravidez traz uma profunda sensação de produtividade: “Eu podia ficar parada, sem fazer nada, mas eu estava fazendo um filho. Eu me sentia produzindo mesmo quando estava dormindo”. Caplan (1961) atribui o aumento da introversão e passividade a

mudanças metabólicas e acha que essa é uma etapa importante na preparação para o papel de mãe nos primeiros meses após o parto. Nesse período, a mulher sente maior necessidade de afeto, cuidados e proteção; precisa receber mais do que dar e aparentemente as mulheres que mais recebem essa cota extra de afeto são as que depois mais conseguem dar carinho e amor ao bebê; ao contrário, as que menos recebem tendem a apresentar dificuldades em desempenhar o papel de pessoa fundamentalmente doadora e é comum privarem o bebê em suas necessidades de afeto.

Solyom et al. (1981) estudaram em profundidade três casais durante o ciclo grávido-puerperal do primeiro filho: verificaram que as etapas iniciais da relação mãe-filho podem ser influenciadas, para melhor ou para pior, de acordo com o nível de disponibilidade emocional do pai. Os autores comentam que na maioria das sociedades ocidentais contemporâneas os “casais grávidos” sofrem, constantemente, de isolamento psicológico. Se a mulher apresenta fatores de risco emocional, derivados de sua história pregressa ou da própria gravidez e parto, a possibilidade de o marido preencher algumas funções maternas com relação à própria esposa ajudaria a compensar as dificuldades que surgiriam na relação mãe-filho.

Essa maior necessidade de receber afeto e atenção costuma causar um grande impacto na relação conjugal: o homem pode sentir-se excessivamente solicitado e exigido a dar muito de si justamente quando está sendo mais privado de atenção; pode ter medo de ser eternamente “explorado”, ou de “ceder” e fazer com que a mulher fique “mimada” para sempre. No caso de outros filhos, estes tendem a captar de imediato a retração da mãe: passam a solicitar mais atenção e cuidados e apresentam crises de ciúme motivadas pelo sentimento de privação.

“Maternalizar a mãe” durante a gravidez e nas primeiras semanas após o parto parece ser essencial também para a amamentação. Um estudo de campo feito por Raphael (1973) mostrou que as mulheres que sentiam grande desejo

de amamentar tendiam a fracassar tanto quanto as que não apresentavam atitudes tão favoráveis; outros fatores aparentemente também não se correlacionavam com a lactação bem-sucedida, tais como o afeto demonstrado pelo bebê, preocupação com sua saúde, tendência a apresentar engurgitamento ou abscesso mamário. O fator crucial foi a qualidade e o grau de ajuda que a nova mãe recebia após a alta hospitalar. As que não tinham nenhuma ajuda ou que estavam cercadas de pessoas com atitudes hostis, críticas ou coercitivas tendiam a não produzir leite de forma satisfatória. Raphael comenta ainda que esse tipo de ajuda tão necessário pode assumir várias formas, tais como rituais, proibições, divisão de tarefas domésticas que permitem à mãe períodos maiores de repouso e despreocupação. Essa ajuda, em última análise, permite à nova mãe sentir-se segura e estabelecer com o bebê o ritmo individual da amamentação.

O terceiro trimestre

No terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a elevar-se com a proximidade do parto e da mudança de rotina da vida após a chegada do bebê. A ansiedade é especialmente aguda nos dias que antecedem a data prevista e tende a intensificar-se ainda mais quando a data prevista é ultrapassada. Os sentimentos são, em geral, contraditórios; a vontade de ter um filho e terminar a gravidez e ao mesmo tempo a vontade de prolongar a gravidez para adiar a necessidade de fazer as novas adaptações exigidas pela vinda do bebê.

Caplan (1961) observou que, no terceiro trimestre, há maior facilidade de reviver antigas memórias e conflitos infantis da grávida com os próprios pais ou irmãos que tinham sido reprimidos e esquecidos. Caplan acredita que isso se deve à mudança do equilíbrio entre o ego e o id, que facilita o aparecimento de conflitos e fantasias na consciência e enfraquece o sistema defensivo. O ressurgimento desses problemas antigos abre a possibilidade de encontrar novas soluções: é por isso que comumente, na gravidez, a mulher alcança um maior grau de maturidade ou intensifica as soluções doentias dadas a seus problemas, que passam a interferir na relação materno-filial.

Os temores mais comuns na gravidez estão associados às fantasias que surgem nesse período. É interessante notar que os temas têm um caráter de autopunição: o medo de morrer no parto, de ficar com a vagina alargada para sempre, de ficar com os órgãos genitais dilacerados pelo parto, de não ter leite suficiente ou ter leite fraco (simbolizando sentimentos de inadequação e desvalorização como mãe), de ficar “prisioneira” e alterar toda a rotina de vida. Esses temas de autopunição estão diretamente relacionados com sentimentos de culpa da grávida, tanto em relação a conflitos com a própria mãe quanto em relação à masturbação. Em nível mais profundo, isso reflete sentimentos ambivalentes em relação à sexualidade. As observações clínicas de Kitzinger (2005) mostram que muitas mulheres que temem não ter “passagem” para o

bebê apresentam dificuldades na relação sexual. Por sua vez, há também o temor da episiotomia, não só pelo desconforto da ardência como também pelo receio de recomeçar as relações sexuais e sentir dor por descobrir que ficou “apertada” demais.

Os temores específicos da maternidade se expressam em sonhos e fantasias conscientes antes e após o parto. Na gravidez é comum sonhar com o parto, com o bebê e com as alterações do esquema corporal. As expectativas em relação a si própria como mãe e em relação ao bebê costumam surgir em sonhos: em um dos grupos coordenados pela autora, uma primípara sonhou que o bebê tinha nascido muito antes da data prevista, não lhe dando tempo de preparar coisa alguma; dessa forma, expressou a sensação de não estar preparada para ser mãe. Outra sonhou com o bebê chorando, com uma boca enorme e ela aflita sem conseguir tirar leite do seio para dar ao filho, expressando assim a preocupação de não ter reservas afetivas suficientes para satisfazer um bebê imaginado como voraz e sugador.

Gillman (1968) estudou o conteúdo manifesto dos sonhos de quarenta e quatro primíparas, com o objetivo de verificar se os sonhos ajudam a entender as tensões psicológicas da gravidez e a capacidade de adaptação à situação de maternidade. Observou que metade dos sonhos relatados era sobre o bebê e quase metade continha elementos de infortúnios, danos e ameaças à mãe ou ao bebê; concluiu que os sonhos refletem com clareza o impacto da gravidez.

Num estudo que tentou pesquisar fatores psicológicos do parto prolongado em primíparas, Winget e Kapp (1972) investigaram a relação entre conteúdos manifestos de sonhos do último trimestre da gravidez e a duração do trabalho de parto, testando a hipótese de que a tensão psíquica afeta a ação uterina do parto. Uma amostra de setenta primíparas foi dividida em três grupos segundo a duração do trabalho de parto (rápido — menos de dez horas; intermediário — dez a vinte horas; prolongado — mais de vinte horas). Os resultados demonstraram uma relação significativa entre a frequência de sonhos cujo conteúdo

manifesto apresentava ansiedade e a duração do trabalho de parto: a ansiedade estava presente em cerca de 80% dos sonhos do grupo de parto rápido e em somente 25% dos sonhos do grupo de parto prolongado; sonhos sobre o bebê e o parto constituíam cerca de um terço dos sonhos de todos os sujeitos, não havendo diferenças nos três grupos. Portanto, verificou-se que as grávidas cujos sonhos não continham temas de ansiedade tendiam a ter partos prolongados devido à ação uterina ineficiente, o que confirma a hipótese de que a função do sonho é tentar dominar, em fantasia, uma tensão antecipada da vida real. Logo, as mulheres cujos sonhos revelam temas de ansiedade e sentimentos negativos tentam enfrentar de antemão a crise do parto sem recorrer a mecanismos de repressão e negação da ansiedade.

Segundo Winget e Kapp (1972), para algumas mulheres, a antecipação da crise do parto é traumática demais para permitir até mesmo a expressão simbólica nos sonhos; portanto, quando o parto se desencadeia, a falta de preparo psicológico evidenciada pela ausência de ansiedade nos sonhos pode resultar no aumento exagerado da ansiedade com subsequentes anormalidades nos níveis de catecolaminas no sangue.

Essas mulheres ficam mais tensas, psicológica e fisiologicamente, do que as que usaram o sonho como meio de “vacina psicológica” para o parto. E nesse aspecto que o sonho pode mobilizar e integrar mecanismos adaptativos que ajudam a enfrentar uma das tensões mais importantes do ciclo vital feminino.

As fantasias conscientes em relação ao bebê e a si própria como mãe também são importantes. Expressam o temor de que a própria hostilidade, componente da ambivalência, destrua o feto. O temor universal de ter um filho deficiente revela claramente esse tema.

O temor a ter um filho malformado, por sua importância, merece um exame mais aprofundado. No decorrer da nossa infância, formamos, pouco a pouco, uma imagem básica de nós mesmos: às vezes nos vemos como pessoas predominantemente boas, às vezes como

predominantemente más; às vezes sentimos que merecemos ter coisas boas, ser amados e valorizados; às vezes nos depreciamos, não acreditamos que alguém goste de nós de verdade, carregamos conosco a sensação de que merecemos ser castigados por tudo o que fizemos de ruim. As sensações referentes à crença na nossa bondade e capacidade de fazer coisas boas ou, em contraposição, à crença em nossa própria maldade e possibilidade de prejudicarmos a nós mesmos ou a outras pessoas convergem com grande intensidade para a situação de ter um filho. Tudo isso colore as vivências do ciclo grávido-puerperal. Ter filhos sadios representa, no nível emocional, ganhar um prêmio; não ter filhos (em decorrência de esterilidade ou de infertilidade), ter filhos malformados ou doentes representa castigo. A partir dessa perspectiva, é possível entender muitas manifestações emocionais da maternidade: a grávida que teme intensamente ter um filho malformado, embora jovem, saudável, sem problemas maiores em sua história ginecológica, com gravidez que evolui normalmente; a impressão de que a barriga não está crescendo ou de que está crescendo demais; a sensação de que o bebê morreu se passa uma ou duas horas sem perceber seus movimentos; a impressão de que o bebê, embora tendo nascido bem, tem alguma doença que ainda não se manifestou. Subjacente a tudo isso, a sensação de que algo ruim vai acontecer, de que não merece ter um filho saudável, de não ser capaz de produzir coisas boas.

O temor de ter um filho malformado ou morto costuma ser particularmente intensificado nas mulheres que já passaram por situações de aborto provocado: a culpa mal elaborada por mecanismos de dissociação ou de negação maníaca ressurgem quase sempre no temor ao castigo de não mais conseguir engravidar ou, em caso de gravidez, de ter um filho “ruim”. Essa culpa, por vezes, gera um mecanismo de compensação, como no caso de uma mulher que, com uma história de dez abortos provocados, resolve “deixar vir quantos filhos vierem” por já ter tirado a vida de muitos.

Kumar e Robson (1978) encontraram uma associação significativa entre depressão e ansiedade no primeiro trimestre da gestação e uma história de abortos

provocados, o que se deve à reativação do luto antes negado. O temor à malformação também se intensifica nos casos em que há antecedentes de abortamentos espontâneos, malformações ou mortes fetais.

Para Videla (1974), o temor de ter um filho monstruoso está ligado à imagem “monstruosa” que uma educação sexual distorcida oferece sobre o corpo feminino; se a menina cresce com a noção de que o interior do seu corpo é cheio de coisas sujas e ruins (excrementos, sangue menstrual etc.), o que está contido dentro de seu útero também poderá ser sentido da mesma forma. Se o sexo é sentido como sujo e ruim, se a menstruação é repugnante, o filho — produto de todas essas coisas — poderá ser igualmente vivido como repugnante ou monstruoso.

Caplan (1961) observou que a maneira como a gestante imagina seu bebê pode servir de sinal prognóstico de dificuldades na relação materno-filial, principalmente quando a mulher só consegue visualizar o filho como uma criança maior e não como um bebê: isso é sinal de dificuldades para cuidar do filho recém-nascido.

A impossibilidade de ver o bebê dentro da barriga aumenta a ansiedade referente ao seu desenvolvimento, originando desejos ou até mesmo sonhos de “transparência da barriga” que permitiriam a visualização do feto. A ultrassonografia de alta resolução pode aliviar essa ansiedade. No entanto, como sugere Bessis (1980), torna-se necessária uma reflexão multidisciplinar sobre as repercussões psicológicas da ecografia na “visualização” que os pais vão construindo sobre o filho no decorrer da gestação.

O fato é que, apesar de todos esses avanços, a primeira pergunta na sala de parto ainda costuma ser: “É normal?”. Para a maioria das pessoas, as “provas” da realidade aliviam a ansiedade e o temor: a mulher e o homem acabam acreditando na própria capacidade de produzir e merecer ter um filho saudável.

O temor com relação ao desenvolvimento do feto se intensifica ainda mais no caso das gestações múltiplas, cuja frequência aumentou significativamente com os procedimentos de fertilização assistida. A começar pelo

próprio diagnóstico: saber que está gestando dois ou mais fetos provoca um forte impacto, especialmente quando não há antecedentes familiares. Surgem dúvidas e preocupações: “Será que vamos dar conta de cuidar de vários bebês?” Mesmo nos casos em que há o desejo de criar uma “família instantânea”, o casal tende a subestimar as dificuldades envolvidas, inclusive as financeiras. Quando ocorre a perda de um dos fetos, parentes e profissionais de saúde tendem a minimizar a perda com o argumento de que “um deles sobreviveu”, dificultando a elaboração do luto pelo que não conseguiu chegar a termo. E ainda pouco se sabe sobre as repercussões a longo prazo da “redução fetal”, ou seja, voluntariamente retirar um ou mais fetos nos procedimentos de fertilização assistida (Fisher, 2006).

Nos casos em que há uma nítida preferência de sexo, observam-se, em geral, sentimentos complexos de identificação com a própria mãe da gestante, de atitudes peculiares em relação à própria feminilidade ou de ciúme e rivalidade na relação conjugal. Uma gestante, em um dos grupos coordenados pela autora, não queria ter um bebê do sexo feminino por temer que o marido se ligasse mais à filha do que a ela. Outra, que também rejeitava intensamente a possibilidade de ter uma menina, revelou fatores psicodinâmicos importantes: essa grávida era a filha mais nova e muito mimada por pais superprotetores; suas três irmãs tinham tido meninas e o principal motivo de seu desejo intenso de ter um menino era o medo de perder a posição privilegiada na família caso tivesse uma menina como as outras irmãs.

A preferência de sexo tem também outros motivos. Nas sociedades patriarcais, é nítida a maior valorização do filho homem, especialmente no caso do primogênito; o filho homem é também quem vai dar continuidade ao “nome da família”, já que a filha, em sociedades mais conservadoras, adota o sobrenome do marido ao casar-se. Por outro lado, a preferência de sexo está ligada a estereótipos sociais: a mulher deseja ter uma menina porque “é mais dócil, mais fácil de criar e faz mais companhia à mãe; menino é mais rebelde, sai de casa mais cedo”; o homem deseja um menino porque não se imagina “com capacidade de educar

filha” ou porque “um menino seria companheiro para o futebol ou para a pescaria”.

O “homem grávido”

No decorrer da gravidez, as múltiplas modificações que se processam na mulher podem ter diferentes repercussões no marido, nos mais variados graus da síndrome da couvade. Elwood e Mason (1994) acreditam numa base biológica desse fenômeno, em ambos os aspectos: a síndrome da couvade (conjunto de sintomas que surgem em homens de culturas industrializadas no decorrer da gravidez de suas mulheres) e o ritual da couvade de países não-industrializados, cuja função é permitir que o pai assuma um papel paterno normal. Esses autores sugerem que o fenômeno da couvade deve-se a modificações fisiológicas ligadas ao comportamento paterno.

Threthovan (1969) avaliou trezentos e vinte e sete homens durante a gravidez de suas mulheres, comparando-os com duzentos e vinte e um sujeitos emparelhados do GC cujas esposas não estavam grávidas. Os resultados mostraram maior frequência de sintomas no GE: maior incidência de anorexia, dor de dente, náuseas e vômitos, depressão, tensão, insônia, ansiedade e irritabilidade. A intensidade dos sintomas aumentava no decorrer da gravidez da mulher.

A descoberta dos neurônios-espelho, no início da década de 1990, lançou nova luz sobre os sintomas da “couvade” (oscilações de humor, aumento de peso, náuseas) como reflexo da empatia e das mudanças hormonais que acompanham essa preparação para a paternidade (Axness, 2012).

Os diferentes graus da síndrome da couvade expressam a participação e o envolvimento do marido na gravidez da mulher. Essa síndrome é psicogênica, com sintomas semelhantes aos da gravidez. O termo surgiu por causa da aparente semelhança com o ritual da couvade, em que o marido simula o processo do parto ou se põe de “resguardo” no lugar da mulher (Threthovan, 1972). O pai da couvade é o pai que deita e sofre. Apolônio de Rodes dizia dos

tiberianos, na orla do mar Negro, que, no momento do parto, os homens se jogavam na cama chorando e lamentando-se, sendo atendidos pelas mulheres. Em 1857, Michael escreveu, a respeito dos povos da Biscaia, que, logo após o parto, a mulher se levanta e recomeça o trabalho e o homem vai para a cama com o recém-nascido e recebe as felicitações dos vizinhos. O homem acamado é quem cuida do bebê e o acalma com sua voz. Nesses povos, quando o bebê morria, o homem era amaldiçoado pelas mulheres.

Rezende (2011) menciona que, entre os tupinambás, quando se iniciava o trabalho de parto, a mulher se deitava no chão ou sobre uma tábua no interior da maloca. O parto era assistido por outras mulheres e pelo próprio marido, que comprimia o ventre da parturiente e cortava o cordão umbilical com os dentes ou com uma pedra aguçada. Após o parto, o índio permanecia deitado na rede, recebendo visitas que o consolavam dos seus sofrimentos. O “resguardo” durava até a queda do coto umbilical e, nesse período, o pai submetia-se a uma dieta alimentar especial.

O pai tem, portanto, papel importante no nascimento. Porém, contrariamente ao ritual, os sintomas da couvade não são atuados deliberadamente. Considera-se que qualquer sintoma surgido durante a gravidez da esposa e que desaparece após o parto pode pertencer à síndrome da couvade. A variedade de sintomas é imensa, e os mais comuns são: náuseas e vômitos, alterações do apetite (a perda é mais comum do que o aumento, e os “desejos” por certos tipos de comida não são raros), dor de dente, indigestão, azia, dores abdominais (inclusive durante o trabalho de parto as manifestações mais comuns são dores de estômago ou cólicas, às vezes acompanhadas de diarreia), aumento de peso.

Do ponto de vista fenomenológico, a síndrome da couvade pode ser considerada como uma reação neurótica em que predominam as manifestações somáticas. Os sintomas físicos devem-se a um estado de ansiedade precipitado pela gravidez. Para Parseval (1981), nas sociedades industriais do Ocidente, observam-se os fenômenos psicossomáticos associados à paternidade — o

equivalente não-ritual da couvade. Nem sempre esses sintomas são reconhecidos como associados ao ciclo grávido-puerperal: isso reflete a negação do corpo do pai, tendência que predomina na civilização ocidental.

Segundo This (1987), na história clínico-cirúrgica de alguns homens há uma nítida associação entre cirurgias abdominais e gestações da esposa: extirpação de apêndices e aderências, colectomias de repetição e outras intervenções cirúrgicas na região abdominal podem estar ligadas a uma intensa preocupação com a procriação, além de outros sintomas digestivos de homens que “sofrem da barriga”, tais como constipação, ardores estomacais, cólicas renais, dores lombares, hérnias de disco. Homens preocupados com a gravidez da mulher ou da amante podem ficar mais propensos a apresentar enxaquecas, dor de dentes e terçol. Outros sintomas, tais como nervosismo, agitação e insônia, nem sempre estão relacionados com problemas de trabalho, mas com temores referentes à paternidade. Mas, em geral, a procriação e suas repercussões psíquicas no homem são pouco reconhecidas.

Do ponto de vista diagnóstico, a síndrome da couvade abrange uma variedade de reações, desde estados simples de ansiedade até estados dissociativos graves de conversão.

O ritual da couvade tem várias explicações. Para Bachofen, a couvade representava uma passagem do matriarcado para o patriarcado, para que o pai pudesse adquirir direitos sobre a criança, que até então pertencia apenas à mãe. Frazer pensava que o medo dos demônios e o desejo de enganá-los estava na origem da couvade: o homem acamado e queixoso desviava a atenção do demônio para que a criança pudesse nascer sem perigo. Para Freyre (1950), representa o reconhecimento da importância biológica do pai na fecundação; além disso, representa também a expressão do desejo do homem de participar mais ativamente da gestação e do parto através de processos de identificação e de rivalidade em relação à mulher. Para Parseval (1981), o ritual da couvade seria também um processo de identificação do homem com o bebê e a

crença na existência de um elo muito forte entre pai e filho.

Mas, no ritual da couvade, o sofrimento nem sempre era simulado, porém realmente revivido como uma autêntica experiência de renascimento, que traz à tona os registros inconscientes do próprio nascimento. This (1987) menciona o costume de insistir na identificação do pai com a mulher, mas é preciso também analisar a identificação com o filho, à medida que o nascimento desperta no homem emoções arcaicas. Isso se reflete, inclusive, nos sonhos do “homem grávido” que mostram temas nitidamente ambivalentes: sonhos com catástrofes, quedas, insetos esmagados, animais atropelados, malformações, mortes de crianças. Esses temas sugerem revivências de ciúmes antigos com relação ao nascimento de irmãos e aos desejos de morte recalcados oriundos do medo de perder a posição privilegiada na constelação familiar.

Embora o ritual da couvade possa ser explicado como um ato de magia cujos objetivos são proteger a mãe e a criança de influências malignas e afirmar a paternidade, essas explicações não são válidas para a síndrome da couvade. Existem três hipóteses básicas que tentam explicá-la: a de que a síndrome resulta da ambivalência e os sintomas representariam formações reativas contra impulsos sádicos e hostis reprimidos em relação à companheira grávida; a de que a síndrome resulta de sentimentos de identificação e empatia; e a hipótese de que resulta de sentimentos de inveja da capacidade feminina de gestar. Na realidade, essas três hipóteses não são mutuamente exclusivas e podem ocorrer em intensidades variadas em cada caso.

Gerzi e Berman (1981) estudaram cinquenta e um “homens grávidos” na faixa de vinte e dois a vinte e sete anos no último trimestre da primeira gestação das esposas, comparando-os com um grupo de controle de cinquenta e um homens casados sem filhos. Os “pais grávidos” apresentaram índices significativamente mais altos de ansiedade, tensão e apreensão. O Blacky Picture Test indicou maior intensidade de vivências edípicas, rivalidade fraterna e sentimentos de culpa no grupo experimental. Entrevistas clínicas revelaram também maior incidência de

temas relativos à ambivalência, fantasias infantis, temores de castração e tentativas de defesa contra a ambivalência por meio de negação, isolamento, intelectualização e formação reativa. É comum, nos homens, o temor de ter um filho malformado ou nascido pré-termo; há preocupação com relação ao estado físico da mulher e seus sintomas e o medo de que ela morra no parto. Os resultados desse estudo mostram que a gravidez acarreta, no homem, um grau significativo de mobilização e ativação de conteúdos psíquicos importantes.

Essa intensa mobilização emocional reflete-se em mudanças hormonais ligadas ao desempenho da função paterna. Nas últimas semanas de gestação, o “homem grávido” apresenta um aumento de aproximadamente 20% de prolactina, um dos hormônios presentes na amamentação, mas que também está relacionado com o comportamento paterno em alguns animais. Após o parto, verifica-se redução nos níveis de testosterona e um discreto aumento de estrogênio, o que estimula o comportamento de cuidar e se vincular ao bebê e à família (Gettler e cols., 2011)

Colman (1971) comenta também que, no homem, as tensões derivadas da espera do filho comumente se expressam por condutas de fuga: interesses novos que surgem, prolongando a permanência fora de casa, envolvimento afetivos extraconjugais, excesso de trabalho e assim por diante.

Em alguns casos, os conflitos ligados à maternidade em homens emocionalmente vulneráveis deflagram surtos psicóticos por ocasião da descoberta de uma gravidez ou da concretização de um aborto. Retterstol e Opjordsmoen (1991) consideram necessário que médicos e psiquiatras tenham em mente que a paternidade pode ser um fator de peso do desencadeamento de surtos psicóticos do tipo paranóide em homens. Na Noruega, os autores acompanharam quatro pacientes, durante dezessete anos, que tiveram seus primeiros surtos psicóticos por ocasião da gravidez de suas companheiras. Dois deles tiveram evolução favorável e os outros dois continuaram

apresentando problemas graves. Na literatura médica encontram-se até mesmo casos de pseudociese masculina. E. Gelma, em um estudo de 1922 sobre a histeria, cita dois casos de pseudo-reações peritoneais com febre histérica em homens. O primeiro, de 42 anos, no curso de um episódio depressivo, viu seu ventre inchar; o segundo, um caçador alpino de 20 anos, foi ao médico com um ventre enorme e transtornos intestinais. Em ambos os casos, a cura foi rápida, correlacionando-se esses sintomas com estados de choque emocional. Na verdade, as relações entre a histeria e as fantasias da gravidez eram conhecidas dos autores do começo do século: o próprio Freud disse que a histeria não acontecia somente em mulheres.

A presença do homem nas consultas prenatais contribui para a formação do vínculo paterno desde a gestação. A observação do ultrassom, juntamente com as aulas de educação prenatal, ajuda a visualizar o feto e fortalece a transição para a paternidade (Draper, 2002). Muitos homens relatam que presenciar as sessões de ultrassom os ajuda a confirmar a formação dessa nova vida e a consolidar a identidade paterna (Ekelyn e cols., 2004).

Os países que incluíram em suas políticas públicas a licença-paternidade e programas de incentivo ao maior envolvimento dos homens na vida familiar observam um declínio significativo dos índices de violência contra mulheres e crianças (Holter e cols., 2009).

Primórdios da percepção e do comportamento do feto

Os estudos sobre o campo sensorial e comportamental do feto modificaram o conhecimento sobre o universo intrauterino. A visão tradicional do útero como um lugar escuro, silencioso e isolado do mundo externo dava a ideia de um ambiente homogêneo, constante, confortável e seguro. Hoje, sabemos que o mundo intrauterino está longe de ser estático: está sujeito a inúmeras mudanças e variações até mesmo em seus componentes fundamentais (a placenta, o cordão, o líquido amniótico). Os estudos sobre a sensorialidade fetal conduziram a uma mudança

significativa da maneira de olhar o feto: de um corpo em construção para um ser sensível que percebe não apenas os diversos elementos do mundo intrauterino como também diferentes estímulos do mundo externo, por meio dos odores, sabores, contatos táteis, sons. Percebe os movimentos da mãe, o que ela consome, as mudanças fisiológicas que refletem seu estado emocional.

A psicologia pré-natal surgiu a partir da integração de diferentes áreas do conhecimento científico e do desenvolvimento da tecnologia que permite a observação do comportamento fetal no ventre materno. Com isso, estamos avançando na compreensão das etapas primordiais do desenvolvimento humano (Janus, 2001) e sabemos que o feto é um ser ativo, cujo sistema sensorial se desenvolve rapidamente. Em torno de três semanas de vida intrauterina, começam as primeiras batidas do coração, em ritmo constante enquanto suas estruturas ainda estão em construção, revelando que cada parte entra em funcionamento assim que possível. E, entre seis e dez semanas de gestação, a cabeça, os braços e as pernas se movimentam de modo intenso e gracioso. Com dez semanas, as mãos tocam a cabeça, as pernas, a boca; esta abre, fecha, engole o líquido amniótico.

Antes da obtenção de imagens claras pelo ultrassom, era difícil estudar a capacidade de reação do feto a estímulos ambientais, tanto intrauterinos quanto extrauterinos. A observação de bebês pré-termo demonstrava mais claramente modificações no ritmo cardíaco e reações comportamentais diversas após estimulações auditivas, tais como batimento da pálpebra ao ouvir um som, voltar a cabeça na direção do som, movimentos de sucção, reflexo arcaico de Moro e modificações respiratórias.

O avanço de aparelhagem e de técnicas fotográficas, acopladas a microscópios eletrônicos e computadores, tornou possível a visualização detalhada do processo de fecundação e dos primórdios da divisão celular, da migração do ovo pela trompa e sua implantação na parede uterina. Esse processo inicial de formação da vida humana também pode ser observado com clareza na fertilização in vitro. As

fotos de embriões e fetos no ventre materno também possibilitaram ver claramente fetos com o polegar na boca, com o dedo no nariz, com a mão segurando o cordão umbilical, esticando a cabeça, os braços, as pernas (Nilsson, 1990).

Com oito semanas, o embrião mede apenas 4 cm, mas, no interior de seu corpo, todos os órgãos já estão no lugar: fotos realizadas com o auxílio de potentes microscópios eletrônicos permitem ver primitivas conexões entre neurônios com apenas sete semanas de gestação (Nilsson, 1990). O ritmo de produção de células nervosas é impressionante: cem mil células nervosas por minuto. Por ocasião do nascimento, terão sido criadas perto de cem bilhões. Isso abre questões importantes, como a investigação da capacidade de aprendizagem em fetos. No primeiro experimento de Hepper (1991), cinquenta e oito fetos foram expostos ao tema sonoro de um programa de TV bastante conhecido, na Irlanda: ao ouvir esse tema com apenas dois dias de nascidos, os bebês apresentaram alterações de ritmo cardíaco e de movimentos que desapareceram em torno de vinte e um dias de vida; no segundo experimento, com quarenta fetos entre vinte e nove e trinta e sete semanas de gestação, Hepper observou mudanças de movimentos quando ouviam um determinado som apresentado em etapas anteriores da gravidez; com isso, avaliou a capacidade de aprendizagem antes e depois do nascimento.

Boa parte das pesquisas de Marie-Claire Busnel (1993) centra-se em torno da análise dos batimentos cardíacos do feto. Ela descobriu que, no último trimestre da gestação, o feto consegue distinguir entre dois sons de frequências diferentes (por exemplo, as vozes de duas pessoas). Os batimentos cardíacos se aceleram quando ouve uma voz desconhecida e se acalmam quando ouvem uma voz com a qual já está familiarizado. E Colwyn Trevarthen, da Universidade de Edimburgo, estudou a conversa rudimentar dos recém-nascidos: mesmo quando nascem pré-termo reagem de modo rítmico e musical aos matizes da voz materna. Ao que parece, ainda na vida intrauterina, há o reconhecimento da “assinatura vocal” da mãe. E mais:

conseguem diferenciar quando a mãe está falando diretamente com eles de quando ela fala com outras pessoas.

O refinamento dos aparelhos de ultrassom possibilitou a evolução de uma nova área de observação e de pesquisa: os primórdios da percepção e do comportamento fetal. Segundo Prechtel (1989), os primeiros movimentos visíveis surgem entre sete e oito semanas de gestação: a coluna vertebral apresenta lentos movimentos de flexão e extensão; braços e pernas também se movem. A gama de movimentos expande-se rapidamente: com apenas dez semanas de gestação, já se observam movimentos da língua e bocejos; com doze semanas, põe a mão na boca e faz movimentos de sucção e deglutição. A partir da décima semana, podem-se observar movimentos respiratórios, que tornam-se mais frequentes à medida que a gravidez evolui (Trudinger e cols., 1980). As observações ultrassonográficas mostram também que o feto apresenta um padrão próprio de movimentos e de comportamento, independentemente do ritmo de vigília e de sono da mãe (DeVries e cols., 1987).

O ambiente intrauterino oferece muitos estímulos acústicos provenientes do interior do corpo da mãe (batimentos cardíacos, voz, ruídos da digestão) e também do mundo externo. Em seus estudos sobre condicionamento fetal, Feijoo (1981) fazia tocar com regularidade o fagote de "Pedro e o Lobo", de Prokofiev, por doze segundos para fetos por volta dos oito meses de gestação. Percebeu que reagiam aos sons graves com movimentos significativos; alguns minutos após o nascimento, paravam de chorar e de se agitar quando ouviam o som do fagote, abrindo os olhos e respirando calmamente. Como as frequências abaixo de 2000 Hz passam pela parede abdominal sem distorções, os sons graves do fagote foram associados à segurança fetal e tinham um efeito tranquilizador; em outros experimentos, utilizaram-se músicas ricas em sons agudos, mas os fetos não reagiram. James e cols. (2002) tocaram um trecho de música para 10 fetos dias antes da data prevista do parto, para compará-los com outros 10 fetos não expostos a essa música; nos cinco primeiros dias após o nascimento, a mesma música provocou aceleração dos batimentos

cardíacos e alterações de movimento dos bebês expostos à música, em comparação com o grupo controle, sugerindo que algum tipo de programação de memória havia sido ativado.

Para pesquisar a associação entre a capacidade auditiva do feto, a memória e a aprendizagem, DeCasper e cols. (1994) pediram a vinte e oito gestantes que lessem em voz alta um pequeno poema para crianças entre trinta e três e trinta e sete semanas de gravidez. Os fetos foram, então, estimulados com uma fita gravada contendo o poema lido pelas mães e outro, como controle. Quando ouviam o poema conhecido, os fetos apresentaram diminuição dos batimentos cardíacos, ao passo que o poema novo não suscitava essa reação. Os resultados sugerem que os fetos, no final da gestação, são capazes de se familiarizar com sons repetidos da fala materna. Na pesquisa de Kisilevsky e cols. (2003), 60 fetos no final da gestação ouviram uma fita contendo uma história gravada pela voz de suas mães e pela voz de outra mulher: os batimentos cardíacos dos fetos se aceleravam ao ouvir a voz das mães e desaceleravam ao ouvir a voz de outra mulher: diante da mesma história, evidenciou-se o reconhecimento da voz materna.

Como observa B. Cyrulnik (2000), ao contrário do que se pensava há tempos, a visão funciona desde o nascimento, até mesmo nos bebês pré-termo, o que mostra que esta capacidade está presente até mesmo na vida fetal. D. Stern (2002) comenta que o recém-nascido não apenas enxerga como também já tem reflexos que permitem com que ele fixe o olhar em um objeto e siga seu movimento. A acuidade visual depende da distância entre o olho e o objeto: os muito próximos e os muito distantes não conseguem ser vistos com nitidez.

Sabemos que, a partir do segundo trimestre, o feto apresenta sensibilidade à luz: quando há necessidade de realizar uma fetoscopia, as imagens ultrassonográficas que acompanham o exame mostram que o feto tende a cobrir os olhos com as mãos para proteger-se da luz do aparelho (o fetoscópio é uma espécie de telescópio minúsculo, inserido na parede abdominal da gestante, na região do umbigo,

com a finalidade de visualizar defeitos na anatomia do feto e possibilitar a biópsia de alguns tecidos fetais).

Essas descobertas mostram que há inúmeras oportunidades para desenvolver o vínculo e a comunicação entre os pais e o filho em gestação. Não faz mais sentido pensar que esse vínculo só começa a se estruturar após o nascimento. Os estudos mais avançados sobre neurociência mostram que o cérebro humano está programado para desenvolver-se no contexto social, que contribui decisivamente para a formação de várias especializações presentes no córtex adulto (Grossmann e Johnson, 2007).

No feto, as papilas gustativas surgem entre oito e nove semanas de gestação e, em torno de doze semanas, já são sensíveis ao sabor do líquido amniótico, que varia de acordo com as excreções fetais, o estado hormonal e os alimentos ingeridos pela mãe. Para melhor observar as reações do feto ao sabor do líquido amniótico, Liley (1972) injetou uma substância amarga e observou que os fetos rapidamente diminuíram a deglutição do líquido após a injeção. Portanto, o olfato e o paladar estão ativos desde os primórdios da vida: o líquido amniótico absorve odores e sabores do que a gestante inala e come: perfumes, substâncias ácidas, doces, amargas. A observação pelo ultrassom permite captar as reações do feto a esses diferentes estímulos. O tato também é estimulado na gestação: a pele do feto está em contato com o invólucro amniótico. Os movimentos, as mudanças de postura ou as tensões maternas se transmitem ao feto por essa via sensorial. Desse encontro entre o feto e sua mãe nasce a vida psíquica intrauterina: ele começa a organizar seu mundo a partir do que percebe de todas essas interações com o organismo, as emoções e os comportamentos da mãe transmitidos pelos canais sensoriais, com sensações de bem-estar, angústia, insegurança, prazer e desprazer (Cyrulnik, 2000).

A. Piontelli (1992) fez um cuidadoso estudo da vida pré-natal por meio da observação mensal de onze fetos (incluindo quatro pares de gêmeos) com ultrassom, que permite observar o comportamento fetal em seu habitat natural, de modo não invasivo. Após o nascimento,

acompanhou o desenvolvimento dessas crianças até quatro anos de idade por meio de observações semanais no primeiro ano de vida, mensais no segundo ano e semestrais até o quarto ano. Os resultados dessas observações mostram uma surpreendente continuidade de padrões de reação e de comportamento do feto e da criança pequena; como algumas dessas crianças também fizeram tratamento psicanalítico, foi possível constatar vários sinais de que houve uma grande influência de vivências pré-natais em comportamentos e sintomas, incluindo padrões de relacionamento entre gêmeos. Num dos casos relatados, os gêmeos mostravam um comportamento afetuoso, tocando-se e acariciando-se através das membranas; com um ano de idade, costumavam brincar do mesmo modo, tocando-se e acariciando-se através de uma cortina transparente. Outro par de gêmeos parecia lutar um com o outro dentro do útero; o padrão de brigas constantes e provocação recíproca continuou caracterizando o relacionamento no decorrer dos primeiros anos de vida.

O interesse pelo estudo dos gêmeos tem se intensificado devido ao aumento das gestações gemelares provocado pelas técnicas de reprodução assistida. A continuidade das pesquisas de Piontelli (2002) mostra ainda mais claramente que, desde a vida intrauterina, os gêmeos influenciam o comportamento um do outro. E, embora compartilhem o útero, têm experiências diversas do ambiente pré-natal: por exemplo, o espaço que cada um ocupa é desigual, devido à posição em que cada um deles se desenvolve; a quantidade de líquido amniótico ou de nutrientes vindos da placenta tampouco é idêntica.

Ao nascer, longe de ser uma "folha em branco", o bebê já tem um aparelho neurológico e psíquico que percebe, filtra e organiza seu novo mundo fora do útero, a partir de suas primeiras representações mentais formadas durante a vida fetal. Como observa Rose (2006), já no terceiro mês de gestação, já se detectam ondas de atividade elétrica na superfície do cérebro do feto, ou seja, os neurônios estão lançando sinais uns para os outros; com 28 semanas, ocorrem surtos de ondas regulares, mais próximas do padrão adulto; com 32 semanas já é possível diferenciar

entre padrões do EEG do feto quando está dormindo e quando está acordado: as sinapses começam a funcionar muito antes do nascimento e vários reflexos (como por exemplo, os músculos do diafragma produzindo a sequência da respiração) também são ativados na medida em que a gestação chega a termo.

O efeito das drogas na formação do feto

Os estudos mais refinados sobre a evolução fetal incentivaram muitos pesquisadores a estudar mais a fundo as repercussões do uso de drogas, tanto pela gestante quanto pelo pai.

O cérebro imaturo é mais vulnerável à presença de substâncias tóxicas do que o cérebro do adulto que conta com uma barreira de células que dificultam a passagem dessas substâncias da corrente sanguínea para o cérebro. Essa barreira protetora ainda não existe no feto. Os primeiros anos de vida marcam o período mais vulnerável para a passagem de substâncias tóxicas. Tanto as drogas legais quanto as ilegais (álcool, nicotina, cocaína e outras) prejudicam a arquitetura cerebral.

Falconer (1990) estudou os efeitos do álcool no fluxo sanguíneo placentário e no suprimento de glicose em ovelhas grávidas e verificou que a redução do fluxo sanguíneo permanecia por cerca de duas horas após a infusão de etanol. Em casos crônicos de alto consumo de álcool pela grávida, o feto pode apresentar a síndrome alcoólica fetal, caracterizada por retardo de crescimento intrauterino, anormalidades morfológicas e lesões do sistema nervoso central (Little e Wendt, 1991).

Haley e cols.(2006) mencionam que estudos em animais mostram que a exposição pré-natal ao álcool altera os sistemas de reação ao estresse e demonstraram que o mesmo acontece com os seres humanos, o que poderia originar problemas na área cognitiva e emocional, comumente encontrados em pessoas cujas mães abusavam do álcool na gravidez.

Coles (1994) fez uma revisão sobre os efeitos do álcool

em animais, em períodos críticos da gestação. Os resultados dos estudos com animais sugerem que as malformações fetais resultam da exposição ao álcool no primeiro trimestre da gestação; nos dois primeiros meses e no último trimestre, a exposição ao álcool provoca retardo de crescimento, especialmente do cérebro e da circunferência do crânio; a exposição acentuada nos primeiros meses de gestação resulta em retardo mental, deficiências sensoriais e problemas motores. Streissguth (1994) fez uma revisão da literatura sobre a síndrome do alcoolismo fetal em seres humanos e suas repercussões duradouras, mostrando a permanência dos problemas do sistema nervoso central e a maior incidência de retardo mental. O estudo de Cícero (1994) discute os efeitos do uso do álcool pelo pai e seus efeitos no desenvolvimento fetal. Em estudos com animais, as fêmeas sem uso do álcool produziam prole normal, mas, quando havia consumo de álcool por parte do macho, verificavam-se anormalidades, o que sugere que o uso do álcool pode ter efeitos tóxicos sobre os espermatozóides.

O Relatório 04 do National Scientific Council on the Developing Child (2006), mostra que, de todas as drogas estudadas, o álcool tem o efeito mais devastador na formação do cérebro. Os prejuízos causados pelo álcool no organismo fetal são tão extensos que podem afetar, inclusive, a formação de outros órgãos (por exemplo, o sistema cardiovascular, digestivo e muscular) muito mais do que outras drogas. O uso abusivo de álcool na gravidez acarreta uma combinação de problemas denominada “síndrome alcoólica fetal”. Os efeitos duradouros mais comuns são: retardo mental, controle emocional precário, déficit de atenção e hiperatividade.

O uso de cocaína é muito prejudicial para as pessoas em geral e, particularmente, na gravidez: atravessa a placenta rapidamente e atinge o organismo fetal, contribuindo significativamente para o parto pré-termo, baixo peso ao nascer, problemas respiratórios, distúrbios no desenvolvimento cerebral e convulsões. No comportamento, os bebês cujas mães usaram cocaína apresentam tremores, muito choro e irritabilidade (Keller, 2000).

Há muitos estudos sobre os efeitos do uso da cocaína no desenvolvimento fetal. Hurt e cols. (1995) avaliaram cento e uma crianças cujas mães fizeram uso de cocaína na gestação e cento e dezoito crianças no grupo de controle, testando-as logo após o nascimento até trinta meses, com intervalos semestrais. As crianças expostas à cocaína apresentaram menor peso ao nascer e anomalias nos reflexos e na tonicidade.

Chasnoff (1989) comparou bebês de setenta mães viciadas em cocaína com setenta bebês de mães sem histórico de uso de drogas: verificou que as mães viciadas em cocaína tiveram um alto índice de complicações na gravidez e seus bebês apresentaram maior índice de retardo de crescimento intrauterino, prematuridade, microcefalia e morbidade perinatal. Muitos desses bebês poderiam ser considerados frágeis e facilmente perturbados pelos estímulos ambientais. Os bebês de mães que usavam várias drogas foram os que nasceram em piores condições; os de mães viciadas em crack tinham peso mais baixo e apresentaram complicações neurológicas mais graves do que os de mães viciadas em cocaína.

No entanto, a massagem em recém-nascidos pré-termo e expostos ao uso de cocaína pela mãe na gestação apresenta efeitos benéficos. No estudo de Wheeden e cols. (1993), trinta recém-nascidos compuseram um grupo experimental e um de controle assim que foram considerados clinicamente estáveis. Os do grupo experimental receberam três períodos de quinze minutos de massagem durante dez dias. Apresentaram ganho de peso mais rápido e menor índice de estresse e de complicações clínicas; demonstraram também comportamentos motores mais maduros do que os bebês do grupo de controle, na avaliação após o décimo dia de tratamento.

Os efeitos nocivos da nicotina na formação do cérebro do feto também estão bem documentados. A nicotina provoca vasoconstrição na placenta, de modo que reduz a passagem de oxigênio e de substâncias nutritivas para o feto. A grávida fumante libera menos oxigênio para o feto, resultando em redução do crescimento geral.

Comparando a evolução de grávidas suecas, Kyrklund-Blomberg e cols., (2005) encontraram um número estatisticamente significativo de partos pré-termo associados à ruptura prematura das membranas e a sangramentos e de bebês de baixo peso em grávidas fumantes, em comparação com as não-fumantes.

Estudos em seres humanos e em animais mostram que a exposição à nicotina durante a gravidez resulta em déficits cognitivos, embora em menor escala do que acontece com a exposição ao álcool e outros tóxicos. Embora a exposição à fumaça do cigarro tenha diminuído a partir da década de 90 (devido à proibição de fumar no local de trabalho, nos meios de transporte e em lugares públicos e comerciais), no ambiente doméstico as crianças continuam a serem expostas à fumaça dos cigarros consumidos pelos fumantes das famílias.

O significado psicológico dos principais tipos de parto

Se a gravidez pode ser considerada como um período de maior vulnerabilidade, o parto pode também ser encarado como um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas e envolve diversos níveis de simbolização.

Segundo Rezende e Montenegro (2011), ainda não se esclareceram suficientemente quais os fatores que determinam o parto. O que se sabe é que esses fatores são múltiplos, complexos e interrelacionados. O desencadear do trabalho de parto não se deve apenas às contrações uterinas, mas também a alterações bioquímicas no tecido conjuntivo que conduzem ao amadurecimento do cérvix. Segundo Di Renzo e Cos (1987), muitos fatores influem na duração da gravidez e podem levar à expulsão do feto, inclusive em estados precoces da gravidez: entre esses fatores estão o medo e a ansiedade da mãe, que provavelmente se traduzem em maiores concentrações de catecolaminas. Além disso, substâncias que provocam contrações uterinas são normalmente produzidas no organismo materno ou fetal (ocitocina, noradrenalina,

prostaglandina): essas substâncias podem ser produzidas em quantidades suficientes para produzir efeitos sobre a musculatura uterina. Portanto, o organismo materno e também o feto influenciam e modulam o desencadear do parto.

O parto consiste em três fases: dilatação, expulsão e secundamento. Na fase do pré-parto, já se observa a descida do fundo uterino, o amolecimento do colo, o apagamento e a madurez. No período de dilatação, há contrações uterinas regulares que, para muitas mulheres, são sentidas como dolorosas: elas modificam o cérvix até alcançar a ampliação completa (10 cm). A rotura da bolsa, na maioria das vezes, acontece no final da dilatação. Quando esta se completa, inicia-se o período expulsivo: além das metrossístoles, há as forças contráteis do diafragma e da parede abdominal que propõem o feto pelo canal de parto. Com a compressão das paredes vaginais, surgem as contrações voluntárias da prensa abdominal (os puxos), semelhantes à força que se faz para evacuar. O terceiro período — o secundamento — corresponde à expulsão da placenta, após a saída do bebê.

Um dos temores mais comuns que surgem é o de não saber reconhecer os sinais do parto e ser pega de surpresa. Essa insegurança, em parte, tem fundamento real, uma vez que os sinais do trabalho de parto nem sempre são inconfundíveis: por exemplo, a mulher pode não perceber o desprendimento do tampão mucoso (de aspecto gelatinoso, que protege a entrada do útero), a bolsa d'água pode não se romper, a mulher — à espera das “dores” — pode não se dar conta das contrações e, desse modo, boa parte do trabalho de parto transcorre sem ser percebido. Por outro lado, há os “alarmes falsos”: uma pequena perda de líquido, desprendimento do tampão, contrações regulares, ida para o hospital, retorno à casa porque o trabalho de parto ainda está no começo. Há também a variável tempo: a agonia de se ver em contrações frequentes e duradouras, sem um processo correspondente na dilatação do colo; o período expulsivo, mais demorado ou mais rápido do que o esperado. Enfim, todos esses acontecimentos no decorrer do trabalho de parto contribuem para que seja vivido como

um momento de crucial importância.

O parto é um momento crítico por várias razões: é sentido como uma passagem de um estado a outro, cuja principal característica é a inevitabilidade: precisa ser enfrentado de qualquer forma. Outra peculiaridade que contribui para o aumento da ansiedade e da insegurança com a proximidade da data prevista é a impossibilidade de saber exatamente como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto: não dá para controlar inteiramente o processo. O parto é um “salto no escuro”, um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle.

Em contraste com a gravidez, cuja evolução é lenta e permite que as diversas mudanças ocorram aos poucos, o parto é um processo abrupto que provoca mudanças intensas: ocorre uma nova transformação do esquema corporal, cuja involução é bastante rápida em comparação com a modificação gradual da gravidez; a vinda do bebê traz consigo alterações profundas do ritmo e da rotina familiar, nem sempre previstas de antemão; e, com o parto, dá-se o primeiro passo na polaridade simbiose-separação: dois seres, antes unidos, se separam. Uma das tarefas emocionais mais importantes da gestante é sentir, desde a gravidez, o filho como um indivíduo singular, diferenciado dela, de modo que, no momento do parto, a separação física e a emocional se integrem. Quando essa diferenciação não é bem elaborada, o parto pode ser sentido como uma separação dolorosa, em que a mulher “perde” uma parte de si mesma. A relação com o bebê fica perturbada quando a mãe não consegue perceber as características particulares do filho porque o considera como uma extensão de si própria.

O homem também sente ansiedade no processo do parto, derivada do medo do desconhecido, da imprevisibilidade, do risco. Para muitos, essa ansiedade se expressa pelo temor de entrar na sala de parto para assistir ao nascimento do filho: surgem fantasias de ficar nervoso, não aguentar “ver sangue”, sentir-se mal, desmaiar; no entanto, mesmo quando fica fora da sala, quase sempre

sente angústia e inquietação à espera de notícias. O Ministério da Saúde no Brasil dá à parturiente o direito de ter acompanhante durante o trabalho de parto, mas nem sempre o companheiro é o escolhido. Esses temores costumam se intensificar no final da gravidez, e é difícil prever como a mulher e o homem vão se sentir na hora do parto.

A elaboração de sinais prognósticos da qualidade do parto é uma questão altamente complexa devido à influência concomitante de vários fatores: história pessoal, contexto sociocultural, nível de informação a respeito do processo de parto, características da personalidade e níveis de simbolismo. O comportamento da parturiente no trabalho de parto reflete características de personalidade: uma mulher cuja estrutura seja predominantemente obsessiva poderá preocupar-se em excesso com um desempenho perfeito de técnicas de respiração e relaxamento; outra, em cuja personalidade predominam as defesas de intelectualização e isolamento, pode apresentar descontrole de comportamento, uma vez que o parto é um processo que envolve o organismo inteiro e não algo que ocorre só “na cabeça”; uma mulher emocionalmente dependente, com necessidades de aprovação, pode preocupar-se em ser a “menina boazinha”, exigindo muito pouco e procurando exibir um comportamento modelar.

A maneira em que o parto e o bebê são simbolizados também influi na evolução do trabalho de parto. Chertok (1966) comenta que o conceito de aceitação ou rejeição do feto, por exemplo, não constitui sinal prognóstico fidedigno da qualidade do parto devido às inúmeras possibilidades de simbolização. Assim, uma mulher que aceita bem a gravidez pode ter um parto difícil porque resiste à separação e não deseja que o filho saia de dentro de si; outra que rejeita a gravidez pode ter um parto rápido e fácil porque deseja separar-se do filho e expulsá-lo de dentro de si como um ser maligno.

Entra aí a questão do parto pré-termo. Segundo Di Renzo et al. (1987) e Dias Corrêa (1991), ainda não se sabe exatamente por que o parto se desencadeia antes do tem-

po, como e quando prevenir que isso aconteça e como conduzi-lo com maior segurança na impossibilidade de deter o processo. Os principais fatores que aumentam a probabilidade do parto pré-termo são: mau estado de saúde e de nutrição da mãe antes da gravidez; condição socioeconômica desfavorável; idade; aumento de peso abaixo da média, na gestação; alcoolismo, tabagismo e uso de drogas; estresse emocional; infecções; traumatismos; antecedentes de parto pré-termo, gestação gemelar, diminuição dos níveis de progesterona circulantes, ausência ou inadequação de assistência pré-natal.

Segundo Homer e cols. (1990), o parto pré-termo também pode resultar do estresse oriundo do trabalho, em que a grávida se sente sobrecarregada com exigências e pressões no sentido de enfrentar muitas exigências e responsabilidades sobre as quais não consegue ter controle. Para realizar esse estudo, foram entrevistadas doze mil seiscentas e oitenta e seis mulheres entre catorze e vinte e um anos, colhendo-se dados sobre antecedentes familiares, aspectos sociais e educacionais, histórico de trabalho e outros fatores que aumentam o risco de ter bebês pré-termo ou de baixo peso de nascimento.

É importante salientar que para melhor entender o processo do parto é necessário considerar o contexto sócio-cultural, que influi até mesmo na maneira como a parturiente sente e interpreta as diferentes sensações físicas do trabalho de parto. Kitzinger (1967) observou que as camponesas da Jamaica raramente sentem sensações de desconforto no períneo ou na passagem da cabeça pelo canal vaginal, ao passo que na Inglaterra as parturientes experimentam essas sensações como desagradabilíssimas; no entanto, na Jamaica, as parturientes entram em pânico quando sentem dor nas costas no trabalho de parto, uma sensação muito comum na maior parte do mundo; porém, para elas, essa dor indica que as costas estão se abrindo, algo que acreditam ocorrer antes de a criança nascer. Esse exemplo mostra a importância dos fatores sociológicos e culturais no processo do nascimento.

Por fim, é importante não negligenciar a repercussão do

contexto assistencial sobre a vivência do parto. Muitas vezes, o descontrole, o pânico e até alterações da contratilidade uterina decorrem de uma assistência precária, que não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e maltrata a parturiente.

Numa revisão da literatura sobre os aspectos psicossociais do nascimento de bebês prematuros, Hantsche e cols. (1992) comentam que os estudos tendem a focalizar o bebê, a família ou a equipe, mas raramente abordam a interrelação entre todas as pessoas envolvidas na questão do nascimento pré-termo. Os autores enfatizam, portanto, a necessidade de ampliar as pesquisas com uma visão mais abrangente para que se possam desenvolver trabalhos mais eficazes na área de assistência precoce aos pais e de estimulação sensorial do bebê.

Para melhor discutir a influência da qualidade da assistência no desenrolar do parto, McKay (1991) focaliza a questão do poder: tanto as normas hospitalares quanto a postura dos profissionais que prestam assistência influenciam o curso psicossomático do trabalho de parto, delineando a extensão em que a parturiente pode exercer controle e fazer escolhas, por exemplo, da posição em que prefere ficar durante as contrações do trabalho de parto e no período expulsivo. Quem é a protagonista principal da cena — a parturiente ou o obstetra? Que tipo de apoio é oferecido? Há respeito pelas preferências de posição da parturiente ou há uma imposição de rotina assistencial?

Hodnett e cols. (2007) revisaram várias pesquisas sobre a contribuição do acompanhante na evolução do trabalho de parto. A síntese desses dados mostra que a presença do acompanhante tende a reduzir a duração do trabalho de parto e o montante de analgesia. No que se refere ao grau de satisfação da mulher sobre a experiência do parto, todos os estudos analisados apresentaram resultados favoráveis à presença do acompanhante.

O parto, portanto, é um processo psicossomático, cujas características são determinadas por inúmeros fatores do contexto sociocultural, da individualidade da parturiente e do contexto assistencial. E, assim como as características

personais se refletem na conduta durante o parto, os diversos tipos de parto exercem diferentes impactos na mulher.

Rezende e Montenegro (2011) classificam os diferentes tipos de parto em: espontâneo, quando se inicia, evolui e termina sem interferência assistencial ativa; induzido, quando se empregam medicamentos ou manobras especiais (como, por exemplo, rotura artificial da bolsa d'água) para dar início ao trabalho de parto; dirigido, quando há intervenção ativa do obstetra (por exemplo, utilização de ocitócicos, episiotomia, amniotomia), com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto; operatório, quando envolve ato cirúrgico para realizar ou concluir o parto; normal ou eutócico, quando não há complicações; distócico, quando ocorrem anomalias. A investigação sobre as repercussões emocionais dos diferentes tipos de parto é um campo promissor, porém ainda pouco explorado.

O parto com o uso de analgésicos e anestésicos

Antes de entrar em considerações a respeito da vivência do parto sob anestesia, convém mencionar brevemente algo sobre a história da posição horizontal no período expulsivo. Como mostram Husson e Yannoti (1980), a posição horizontal surgiu no século XVII, no decorrer da progressiva medicalização do parto, e se estabeleceu em definitivo com a necessidade de facilitar o trabalho do médico para extrair a criança e observar atentamente a situação do períneo, a fim de efetuar a episiotomia (corte de cerca de 4 cm feito no períneo, com bisturi ou tesoura, com anestesia local ou peridural, antes da saída do bebê, para proteger os tecidos contra lacerações e roturas que poderiam causar a frouxidão do assoalho pélvico).

Hoje em dia, no Brasil, assim como em outros países, a episiotomia é praticada rotineiramente pela imensa maioria dos obstetras, com o objetivo de prevenção de roturas perineais. No entanto, é importante levar em consideração a repercussão emocional da episiotomia. Quase sempre, há o temor, tanto por parte da mulher quanto do homem, de danificar os genitais em consequência do "corte". A

episiotomia costuma reviver antigas fantasias infantis de ataque sádico aos órgãos genitais. Nos primeiros dias após o parto, há o desconforto dos pontos, para sentar-se, urinar e defecar. Muitos casais, mesmo após a cicatrização completa, ainda temem que os “pontos se abram”, especialmente por ocasião do reinício das relações sexuais.

Em termos de repercussão emocional, consideram-se duas espécies de anestesia no parto: as que tiram a consciência e as que a conservam.

O “parirás com dor” começou a ser mais ativamente questionado com a introdução da anestesia no parto. Foi Simpson, em 1847, o primeiro a usar éter para aliviar a dor de uma parturiente, sendo duramente criticado pela Igreja com o argumento de que eliminar a dor do parto era contra a religião e as palavras da Bíblia; logo em seguida, passou-se a utilizar também o clorofórmio. Atualmente, os critérios de avaliação do emprego de medicações (incluindo tranquilizantes) durante a gravidez, de analgésicos e anestésicos durante o parto, referem-se não apenas à sua eficácia, mas também aos efeitos colaterais indesejáveis tanto na mãe quanto no feto. Os analgésicos aliviam a dor utilizando fármacos ou procedimentos físicos como, por exemplo, a acupuntura; os anestésicos acarretam a perda da sensibilidade, podendo ser local (peridural, raqui) ou geral (narcose).

O Manual de Assistência ao abortamento, ao parto e ao puerpério da FEBRASGO (2010) apresenta como principais recursos para aliviar a dor das contrações do trabalho de parto os métodos não farmacológicos (técnicas psicoprofiláticas, hipnose, acupuntura e estimulação elétrica transcutânea), a analgesia sistêmica (os mais comuns são os hipnoanalgésicos meperidina e fentanila) e os bloqueios regionais (que não interferem na progressão do trabalho de parto, na contração voluntária dos músculos abdominais da parturiente durante o período expulsivo e não prejudicam a vitalidade fetal). As técnicas de analgesia mais utilizadas são a peridural contínua (muito utilizada para aliviar a dor no decorrer do trabalho de parto, independente do grau de dilatação do colo do útero), o duplo bloqueio (associação

raquiperidural) e a raquianestesia (aplicada como injeção única de anestésico local tem efeito rápido e é muito utilizada no período expulsivo).

Analgésicos e anestésicos que não tiram a consciência atendem o desejo da parturiente de “ver o filho nascer”: o parto dirigido sob anestesia regional permite a participação consciente da mulher, no sentido de presenciar o nascimento do filho, acompanhando todo o processo. Cerca de trinta minutos após a aplicação, a sensação da dor já diminui significativamente. No entanto, a maioria das mulheres relata a sensação de estranheza por sentir apenas a metade superior do corpo, como se a outra metade estivesse sem vida. A perda do controle da motilidade voluntária das pernas, que impede a parturiente de locomover-se, também é sentida como desagradável. Além disso, é comum o medo de sentir a agulha sendo introduzida “na espinha”, associado ao temor de ficar parálitica, em consequência da anestesia.

A anestesia local (infiltração de anestésico na área perineal) permite manter a consciência total necessária para que a mulher se concentre em realizar a força expulsora; a desvantagem é que não traz alívio para as contrações do final do trabalho de parto e da expulsão.

No entanto, há casos em que se contraindica a anestesia de condução: placenta prévia, rotura uterina, descolamento da placenta normalmente inserida, hemorragia, septicemia, infecção no local de punção. Essas e outras condições (deformidades espinhais, cirurgias lombares prévias, sofrimento fetal agudo, estados de grande angústia da parturiente) constituem indicações para o uso da anestesia geral, que resulta em perda da consciência. Sob anestesia geral, a mulher não consegue fazer a força expulsora: o médico faz a expressão do fundo uterino (manobra de Kristeller) e utiliza o fórcepe de alívio para ajudar a saída do bebê.

O grande problema da anestesia geral é que o anestésico atravessa a barreira placentária por simples difusão e produz graus variados de depressão fetal. Há também efeitos colaterais para a mulher, tais como náuseas, vômitos e

estado temporário de confusão e desorientação ao voltar da anestesia.

Infelizmente, não existem estudos mais globais sobre os efeitos gerais da medicação dada à parturiente sobre o comportamento do recém-nascido. Há, inclusive, apenas um pequeno número de estudos sobre o efeito dessas drogas em respostas isoladas, tais como a sucção e a atenção visual, durante os primeiros dias de vida; consistentemente, esses estudos mostraram uma redução significativa dessas reações sob a ação dos analgésicos e anestésicos. O estudo de E.B. Sener e cols. (2003) avaliou os efeitos da peridural e da anestesia geral em partos cesáreos, constatando que os índices de Apgar foram significativamente melhores nos bebês cujas mães receberam a peridural; a primeira mamada também ocorreu antes nesse grupo, em comparação com os bebês nascidos sob o efeito da anestesia geral no parto. Em um estudo anterior, Brazelton (1961) mostrou que a maioria dos recém-nascidos cujas mães receberam fortes doses de anestesia no parto só conseguia sugar bem após o quarto dia; só então ficavam ativos e alertas como os bebês cujas mães receberam pouca ou nenhuma sedação. Kron (1966) também demonstrou que o reflexo de sucção do recém-nascido sofre diminuição de pressão, reduzindo dessa forma o consumo de leite nos primeiros quatro dias após o parto sob narcose. Em um estudo posterior, Brazelton (1970) descobriu um atraso de vinte e quatro a quarenta e oito horas na capacidade de adaptação à alimentação ao seio como resultante da sedação da parturiente de uma a seis horas antes do parto. Há estudos que mostraram que a analgesia e a anestesia no parto afetam o funcionamento sensório-motor do recém-nascido nos aspectos muscular, visual e neural; o retardo desse desenvolvimento se prolonga mais marcadamente por quatro semanas após o parto.

Mas existe um aspecto importante a ser considerado: a distinção entre os efeitos dos medicamentos e os efeitos dos fatores responsáveis pela administração dos medicamentos. Evidentemente, os medicamentos não são aplicados ao acaso, mas sua dosagem pode depender de fatores tais como número de partos anteriores, duração ou

dificuldade do trabalho de parto e nível de tensão da parturiente. Por isso, os resultados observados nas amostras de estudos sobre efeitos de sedação no parto podem ser devidos, pelo menos em parte, aos fatores relacionados com a própria seleção da amostra e não com os efeitos dos medicamentos. Um estudo de Kraemer e cols. (1972) procurou determinar a relação entre paridade, idade da mãe, duração do trabalho de parto, sexo e tamanho do bebê e o montante de medicamentos usados. Os resultados indicaram que o montante de drogas aplicado depende significativamente da paridade e da duração do trabalho de parto, mas não da idade nem do tamanho ou sexo do bebê. Brown e cols. (1972) estudaram a relação entre variáveis psicológicas e o montante de analgesia e anestesia no parto de trinta e oito mulheres que não apresentaram complicações. Comentam que as normas de aplicação de sedativos, analgésicos e ocitócicos são imprecisas, a ponto de permitirem que o obstetra selecione e utilize essas drogas segundo critérios subjetivos de julgamento. O objetivo básico do estudo foi, portanto, examinar alguns dos aspectos que atuam na decisão do obstetra sobre o uso de drogas. Os resultados mostraram que o uso de grandes quantidades de barbitúricos e meperidina estaria associado a avaliações de mau ajustamento e alta ansiedade no período pré-natal. Parece, portanto, que o montante de drogas usado relaciona-se menos com as características do trabalho de parto e mais com o estado psicológico durante a gravidez; logo, a decisão do obstetra depende muito das informações que colhe a respeito da paciente no decorrer da gravidez. A gestante que demonstra maior ansiedade ou vulnerabilidade tende a receber maiores doses de medicação no parto.

O montante de analgésicos e anestésicos utilizados no parto depende também do contexto institucional, além da rotina de trabalho da equipe e das características da parturiente. Skibsted e Lange (1992), num estudo realizado na Dinamarca, pesquisaram a necessidade de analgesia em partos sem complicações obstétricas de cento e vinte e cinco mulheres atendidas em uma maternidade alternativa, em comparação com cento e setenta mulheres atendidas

numa maternidade convencional. O uso de analgesia foi quatro vezes maior na maternidade convencional, que empregava o analgésico regularmente em pacientes jovens e primíparas e nas parturientes com partos prolongados.

O parto pela via vaginal

Na década de 1940, na Inglaterra, Dick-Read formulou os fundamentos do método psicoprofilático, que se popularizou com o nome de “parto sem dor” (maiores detalhes sobre a história e os procedimentos deste método encontram-se no capítulo 3). Paralelamente, foi crescendo a tendência a “medicalizar” o parto, cuja condução passou a centrar-se na figura do médico, no contexto hospitalar, com muitas intervenções até mesmo nos trabalhos de parto de baixo risco, o que resultou em progressiva desvalorização da atuação das parteiras. A partir da década de 1970, grupos de profissionais, incluindo alguns médicos, manifestaram interesse em recuperar a centralidade da mulher e da família no parto para que o nascimento acontecesse em melhores condições afetivas, sem descuidar da segurança e do bom atendimento.

Com isso, o parto pela via vaginal passou a ser visto sob diferentes ângulos: cuidando de promover um ambiente de nascimento acolhedor (o trabalho de Leboyer), procurando maior conforto para a mulher e o bebê com a presença da família (Michel Odent e o “parto na água), o uso da cadeira obstétrica e o parto de cócoras (com Parciornik, Moisés e Cláudio, e Sabatino, no Brasil), entre outros. Por fim, popularizou-se o conceito de “parto humanizado” para sintetizar a tendência a evitar o excesso de tecnicismo e intervenções no trabalho de parto, centralizando o atendimento na mulher como protagonista do processo de nascimento de seu filho.

Wagner (2001) contextualiza a assistência ao parto nos diversos países do seguinte modo: países em que a assistência prestada é altamente tecnológica, centrada no médico, colocando a parteira e outros membros da equipe de saúde em posição secundária (Estados Unidos, Irlanda, Rússia, centros urbanos no Brasil, França, Bélgica); países que adotam a abordagem humanizada, valorizando o trabalho das parteiras e o parto domiciliar (Holanda, Nova Zelândia e Escandinávia); países que combinam as duas abordagens (Inglaterra, Canadá, Alemanha, Japão,

Austrália).

O parto “preparado” (“sem dor”) - O termo “parto preparado” é a atual denominação do “parto sem dor”, que não corresponde exatamente à realidade de um trabalho de parto, que sempre envolve alguma intensidade de dor, por mínima e mais suportável que seja. O objetivo geral é permitir à parturiente treinada participar com lucidez e cooperação na experiência do nascimento do filho, o que implica menor ou nenhuma necessidade de analgesia e anestesia no parto (Bing e cols., 1961). Chertok (1966) aponta várias vantagens do ponto de vista obstétrico nesse tipo de parto: redução da duração do trabalho de parto, menor incidência de complicações de parto, de intervenções cirúrgicas e de manobras de reanimação do recém-nascido. Do ponto de vista psicológico, a grande vantagem do parto preparado é permitir à parturiente vivenciar intensamente as emoções do parto, com a sensação gratificante de cooperar de modo ativo em todo o processo. E, como observou Langer (1951), a depressão pós-parto, proveniente da angústia da separação, tende a ser muito mais leve e rápida nas mulheres que dão à luz conscientemente, porque isso favorece a consolidação da relação materno-filial.

É claro que, sem a preparação necessária, o parto sem anestesia pode ser vivido como traumatizante e, por conseguinte, passível de prejudicar a boa consolidação da relação materno-filial. Não é raro que isso possa ser emocionalmente utilizado mais tarde como uma “cobrança” de gratidão e reconhecimento; outros aspectos da dedicação materna podem ser usados com a mesma finalidade. Não é raro também que a mãe dirija boa parte da hostilidade contra essa criança que a fez sofrer. A autora observou o caso de uma mulher cujo parto foi muito prolongado e doloroso e que depois demonstrou profunda rejeição pela criança, recusando-se a cuidar dela. Isso não ocorre apenas por causa da vivência traumática do parto: outros antecedentes facilitaram o desencadeamento de intensa hostilidade e rejeição em relação ao filho.

O movimento de preparação para o parto e para a maternidade tem como objetivo “humanizar” o processo do

nascimento hoje tão mecanizado e dissociado do contexto emocional. Em alguns países, como na Inglaterra, o parto comumente é realizado na própria casa da parturiente; em outros países, há maternidades que oferecem atendimento centrado na família, em que se tenta criar um clima acolhedor, juntamente com os recursos tecnológicos mais avançados, para que o núcleo familiar presencie o nascimento do bebê. Esse atendimento encoraja a presença do marido em todo o trabalho de parto e até mesmo no período expulsivo, o uso de técnicas de analgesia psicológica para reduzir ou dispensar o uso de anestésicos, a adoção do sistema de alojamento conjunto e o incentivo da amamentação.

Outros recursos para suavizar a dor do parto e diminuir a ansiedade têm sido pesquisados, como o uso da acupuntura no trabalho de parto (Skilnand e cols., 2002) e a hidroterapia, que aumenta o grau de relaxamento e contribui para a dilatação cervical no trabalho de parto (Stringer e Hanes, 1999). Na China, a acupuntura é utilizada até mesmo no parto cesáreo. Estimula a produção de endorfinas, que alivia a dor (Kitzinger, 2006).

O parto Leboyer - A partir de sua experiência de observação de partos na Índia, Leboyer (1974) desenvolveu uma filosofia de assistência ao parto (confundida por alguns como uma “técnica” de parto), em que a preocupação essencial é acolher bem o recém-nascido, suavizando o impacto da diferença entre o mundo intrauterino e o extrauterino. Em sua obra clássica *Nascer sorrindo*, Leboyer descreve, sob o ponto de vista do bebê, os diferentes matizes desses dois ambientes, denunciando a violência do atendimento tradicional. Preconiza, portanto, uma sala de parto com luz difusa, silêncio, música suave e contato corporal imediato entre mãe e bebê: este, logo após o nascimento, é colocado sobre o ventre materno e longamente acariciado pelo obstetra e pela mãe; o cordão umbilical é cortado somente após alguns minutos, após parar de pulsar; e seguida, o recém-nascido é banhado em água morna. Tenta-se dessa forma reproduzir o mais fielmente possível o ambiente intrauterino. É óbvio que se procura trabalhar com um mínimo de analgesia e com

anestésias que não tirem a consciência, quando necessário, para possibilitar um contato intenso e precoce entre mãe e recém-nascido.

Nos primeiros meses de vida, Leboyer (1976), também inspirado por sua experiência na Índia, preconiza massagens para o bebê (shantala), com a finalidade de ampliar seu desenvolvimento sensorial, perceptual e afetivo.

Gzmbel e Nocon (1997) ressaltam quatro aspectos relevantes, do ponto de vista emocional e fisiológico, presentes na abordagem de Leboyer: um parto conduzido com delicadeza, sem estressar o eixo crânio-sacro, evitando estimular excessivamente o sistema sensorial e respiratório do recém-nascido e cuidando do vínculo mãe-bebê.

A postura de Leboyer foi criticada de vários modos: obstetras e neonatologistas achavam absurda a não utilização rotineira de técnicas de assistência tais como parto dirigido, episiotomia, aspiração do recém-nascido; outros achavam que, embora ele tenha tido o mérito de alertar para os maus-tratos aos quais o recém-nascido era submetido ao nascer, não se preocupava muito com a situação da mulher no parto e não costumava incluir o marido na sala de parto.

O “parto na água” - Kitzinger (2006) comenta que a imersão em água morna alivia dores musculares, cólica menstrual e também o desconforto das contrações uterinas, diminuindo a necessidade de analgésicos no trabalho de parto, facilitando os movimentos pélvicos para melhor lidar com as contrações. Michel Odent (1980) ampliou a postura assistencial de Leboyer, preocupando-se com a integração do atendimento humanizado ao bebê e à mãe. Considera essencial a mudança do nível de consciência, que permite à parturiente parar de referir-se a uma memória cultural, inscrita nas camadas mais evoluídas do cérebro e, em vez disso, referir-se a uma memória bem mais arcaica, a uma memória animal, própria da espécie. Em sua experiência, reconhece um grito característico que acompanha a contração, sinal de que esse estágio “regressivo” foi alcançado: paralelamente, há uma percepção diferente do

tempo, uma aceitação maior da abertura dos esfíncteres, da emissão de urina e de fezes, e do relaxamento do períneo.

Para Odent, essa regressão tem uma função protetora com relação à dor e ajuda a encontrar alternativas para a posição convencional. Valoriza-se também a companhia de uma mulher — que deve ser uma parteira experiente e afetuosa, capaz de desempenhar a função de mãe substituta. Odent recomenda também que a parturiente permaneça em uma pequena piscina de água quente durante parte do trabalho de parto, para facilitar essa alteração do nível de consciência e aprofundar o relaxamento, sobretudo porque a isso se associa um ambiente com pouca luz e música suave. Além disso, considera que a atitude da equipe assistencial é importante: é essencial o contato físico, as massagens suaves. O parto, em geral, se dá com a parturiente de cócoras e a mãe pega, de imediato, seu filho nos braços. A expressão livre das emoções corresponde uma liberdade corporal e um clima emocional compartilhado pela equipe de assistência.

Pela importância dada ao fenômeno regressivo, a posição de Odent é antagônica ao método psicofilático tradicional de preparação para o parto. Este recorre, através dos condicionamentos, ao córtex superior, exigindo o controle do intelecto sobre as emoções; ao contrário, o estado regressivo ativa as estruturas mais primitivas, o “cérebro emocional”.

O aspecto mais importante desse tipo de parto é a postura respeitosa e acolhedora da equipe assistencial: não há conversa desnecessária, fala-se em voz baixa, em clima de reverência e respeito pelo bebê que está vindo ao mundo.

No entanto, como mostra Odent (2004) o tempo de iniciar a imersão e a duração desta são cruciais para o bom desenrolar do trabalho de parto. Não é recomendável entrar na piscina antes de atingir cinco centímetros de dilatação do colo do útero; tampouco é aconselhável permanecer mais de duas horas. Esta “janela de tempo” propicia relaxamento e alívio da dor, bem como a sinergia entre a produção de ocitocina e a distribuição do sangue no organismo que

facilita a continuidade da dilatação cervical.

O parto “vertical” - Estudos antropológicos de sociedades ditas primitivas e em tribos indígenas nas mais variadas épocas mostram que a grande maioria das parturientes utiliza posições verticais: sentada, de pé, de joelhos ou de cócoras (Atwood, 1980). Considera-se que foram os egípcios que inventaram a cadeira obstétrica, que também era muito utilizada na Grécia antiga; a posição de parir sentada ou reclinada era também comum entre os romanos. Em outras palavras, nos povos antigos e nos não influenciados pela obstetrícia ocidental predomina a escolha das posições verticais para a parturição.

Atualmente, há pesquisadores interessados em estudar cientificamente as vantagens do parto vertical para a mulher e para o bebê, com o objetivo de modificar os padrões vigentes de assistência ao parto, nos quais predomina o excesso de intervenção por parte do obstetra, que interfere na evolução natural do trabalho de parto e da expulsão. A contribuição de Caldeyro-Barcia foi muito relevante nesse sentido. Para ele (Caldeyro-Barcia e cols., 1982), algumas intervenções são necessárias para corrigir complicações e patologias que não ultrapassam 15% do total de partos; a generalização dessas intervenções na assistência ao parto torna-se, portanto, desnecessária e até mesmo prejudicial.

Para Caldeyro-Barcia, a assistência adequada ao parto normal consiste numa atitude de observar atentamente a evolução do parto, sem interferir na sua fisiologia nem na dinâmica familiar; incentiva a participação ativa da mulher e do homem no nascimento do filho, dando à mulher a possibilidade de escolher ser ou não anestesiada, decidir quem vai acompanhá-la e escolher a posição mais cômoda para dar à luz, além de realizar espontaneamente (e não sob o comando do médico) os “puxos”. Estudos minuciosos e bem controlados verificaram que a maioria das mulheres prefere sentar-se, ficar de pé ou andar durante o período de dilatação; no período expulsivo, todas as mulheres escolheram a cadeira obstétrica. No Brasil, Moysés Paciornik (1979) a partir de sua experiência com tribos indígenas

brasileiras, incentivava o parto de cócoras, que evita o uso de episiotomia e o emprego de anestésicos. Esse trabalho foi continuado por seu filho Cláudio Paciornik que criou um “módulo de parto vertical” utilizado em hospitais de vários países, que permite a mobilidade da parturiente e o conforto do profissional que presta assistência ao parto.

Cresce o número de mulheres que procuram alternativas de assistência ao parto diferentes das tradicionais. Sabatino e cols. (1987) estudaram cento e noventa e uma mulheres com gestação normal que desejavam ter parto de cócoras; além do acompanhamento médico pré-natal, as gestantes e seus companheiros tinham acesso a aulas informativas e de exercícios destinados a preparar o corpo para o parto de cócoras. Do grupo inicial, 63% conseguiram ter parto de cócoras, com desempenhos materno e fetal excelentes, dos pontos de vista obstétrico, pediátrico e psicológico.

Em outro estudo, Sabatino (2007) fez um estudo comparativo entre a posição horizontal (supina) e a vertical (de cócoras) no trabalho de parto de acordo com diferentes variáveis: verificou que a perda sanguínea da mãe foi significativamente melhor na posição de cócoras durante o parto e supina logo após o nascimento; a proporção de bebês com índice de Apgar mais elevado foi maior no grupo do parto de cócoras.

A posição vertical permite um contato ativo entre mãe e bebê logo após o nascimento. Quando realizado num contexto de confiança e acolhimento — seja em maternidades, seja, em alguns casos, na própria casa —, muitas distócias do parto, derivadas de tensão, ansiedade e atendimento apressado ou excessivamente intervencionista, não ocorrem, possibilitando a vivência mais tranquila do parto. Para algumas mulheres, a passagem do bebê pelo canal e o final do período expulsivo são vividos com uma sensação de prazer e de alívio.

Depois de alguns séculos em que a posição de litotomia foi parte integrante do desenvolvimento tecnológico e científico da obstetrícia, o parto vertical começa a deixar de ser a modalidade “primitiva” de dar à luz e passa a ser objeto de estudos e pesquisas minuciosos. Essa tendência do de-

envolvimento científico da obstetrícia tem mostrado interesse em integrar o progresso tecnológico com a humanização da assistência, reconhecendo o nascimento como um evento familiar e social da maior relevância. Acrescente-se a isso o início de uma maior conscientização e, conseqüentemente, de maior reivindicação por parte das mulheres no que tange à qualidade de assistência que recebem e da violência a que tantas vezes são submetidas nos atendimentos hospitalares.

O “parto humanizado” - Wagner (2001) comenta que o trabalho de parto e o nascimento são processos em grande parte regidos pelo sistema nervoso autônomo (SNA); portanto, estão fora do controle consciente. O parto humanizado procura trabalhar com a mulher no sentido de facilitar a boa resposta do SNA, em contraposição ao parto medicalizado, que utiliza o controle externo, com intervenções tais como uso de medicamentos e intervenções cirúrgicas. O parto humanizado combina as vantagens da assistência médica ocidental com as vantagens de focalizar os cuidados levando em consideração a natureza biológica, social, cultural e espiritual do nascimento.

No parto humanizado, o médico não é a figura central e, sim, a mulher: privilegia os cuidados primários (e não a assistência terciária, no ambiente hospitalar) valorizando o trabalho de cooperação de toda a equipe (incluindo a parteira) que atua em pé de igualdade. A parteira, tradicionalmente, adota a postura de colocar a mulher no centro do processo do trabalho de parto: ela observa a evolução e ajuda a aliviar o desconforto com recursos não farmacológicos, tais como massagens, imersão em água morna, sugestão de posturas e suporte ao vínculo familiar. Portanto, deixar os cuidados primários nas mãos das parteiras é uma das estratégias fundamentais do parto humanizado. Essa assistência pode ser prestada em domicílio ou nas casas de parto. Segundo a observação de Wagner (2001) isso pode chocar alguns profissionais de saúde devido ao fato de nunca terem tido a oportunidade de observar o desenrolar de partos normais neste contexto: por só terem experiência na assistência hospitalar, não

percebem a diferença do parto não medicalizado.

Além da importância das parteiras, as “doulas” (que significa “mulheres que servem”) também ajudam na boa evolução do trabalho de parto pelo suporte emocional e orientações que oferecem à mulher nesse período, aliviando a ansiedade. No Brasil, o Ministério da Saúde tem incentivado o parto humanizado, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal.

Os dados de algumas áreas da ciência — psicologia, sociologia, antropologia — esclarecem progressivamente os primórdios do desenvolvimento emocional, no período pré, peri e pós-natal, demandando a ampliação da assistência em nível de equipe multidisciplinar. Espera-se que a convergência de todas essas tendências atuais resulte em melhores possibilidades de atendimento às famílias que esperam filhos.

O parto cesáreo

O parto cesáreo era exceção até o final do século XIX, e apresentava um alto índice de mortalidade materna. No decorrer do século XX, houve grande evolução da técnica cirúrgica e da anestesia, resultando na diminuição do índice de mortalidade. Durante algumas décadas, houve um discreto aumento no número de partos cesáreos; a partir de 1960, observou-se um aumento crescente de cesarianas no Ocidente; no início do século XXI na maioria dos países ocidentais (inclusive no Brasil) este tipo de parto atingiu patamares muito acima dos 15% do total de partos recomendado pela Organização Mundial de Saúde em 1985.

Na obstetrícia moderna, são muitas as indicações de parto cesáreo. Segundo Rezende (2011), torna-se necessária a cesariana em casos de: desproporção fetopélvica; discinesias (incoordenação da atividade uterina) nos casos em que o parto dirigido não é suficiente para fazer progredir a dilatação; apresentação pélvica em primíparas; apresentação anômala (córmica, de face e de frente etc.); placenta prévia total; distocias de partes moles (anomalias da dilatação cervical, por exemplo); formas graves de diabetes; antecedentes de operações

ginecológicas (por exemplo, perineoplastia, miomectomias extensas etc.); sofrimento fetal; prolapso, procúbitos e procedências do cordão umbilical; câncer genital; herpes genital em atividade; infecção pelo HIV (quando a carga viral é alta ou desconhecida); e, para alguns, cesariana anterior (“uma vez cesárea, sempre cesárea”) embora, para outros, essa prática não tenha fundamento científico sólido.

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (Ministério da Saúde, 2010) esclarece que a cesariana de repetição era válida até meados do século passado, quando predominava a incis o vertical no útero; com isso, a probabilidade de rotura uterina em trabalho de parto posterior era maior; atualmente, realiza-se uma incis o no segmento uterino inferior, mais segura. Portanto, a postura “uma vez cesárea, sempre cesárea” deixou de ser aceitável na escolha do tipo de parto, embora ainda seja uma das principais indicações de cesariana.   recomendável fazer a “prova de trabalho de parto” para ver a viabilidade de parto vaginal. A mesma recomendação   apresentada no documento Vaginal Birth After Cesarean: New Insights, do National Institutes of Health dos Estados Unidos (2010), a partir da preocupação dos profissionais com o aumento da incidência de cesarianas desnecessárias. Este documento enfatiza que, atualmente, há um enorme número de pesquisas comprovando as diferenç as entre o parto cesáreo e o vaginal: após a cesariana, os bebês apresentam maior  ndice de dificuldades respiratórias e um tempo maior para o início da amamentação, em comparação com os nascidos de parto vaginal.

Com a crescente seguranç a da cesárea (aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, melhores métodos de anestesia e prevenção mais eficaz de infecções), as indicações se ampliaram, diminuindo o uso de outras práticas obstétricas como, por exemplo, o f rcipe. A extração alta passou a ser contraindicada (FEBRASGO, 2010), embora o f rcipe médio e, sobretudo o baixo, ou de alívio, seja aplicado em diversas circunstâncias (abreviar o período expulsivo e atender a emergências de sofrimento fetal).

Porém, mesmo com o avanço da cesariana, ela ainda

apresenta maior índice de hemorragia, infecção e mortalidade materna, em relação ao parto vaginal. No Brasil, o uso gerou o abuso: é o país onde se verifica o maior índice de cesáreas do mundo. Pela primeira vez, em 2010, o índice de cesarianas ultrapassou o de partos normais chegando a 52% do total de partos, atingindo inacreditáveis 87% dos partos na prática privada, segundo dados do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina (2010). O CFM e a FEBRASGO criaram grupos com o objetivo de elaborar diretrizes para reduzir a taxa de cesarianas no Brasil. Há estratégias voltadas para os profissionais (intervenções clínicas); outras são direcionadas às mulheres (intervenções psicossociais) e também há as voltadas para as instituições (intervenções estruturais).

Na França, com a assistência à saúde sob a responsabilidade do governo, a taxa de partos cesáreos está em torno de 20%; nos Estados Unidos passou de 21% em 1996 para 32% em 2007; na Alemanha, em torno de 28%. Na China, houve um aumento expressivo de partos cesáreos entre 1998 e 2009, chegando a 40% na zona urbana (Xing e cols, 2010). Mesmo na Holanda, que incentiva o parto domiciliar e a atuação de parteiras nos casos de baixo risco, tem havido um discreto aumento da incidência de cesáreas, ficando em torno de 15%. Uma pesquisa feita na Suécia por Stjernholm e cols. (2010) comparou indicações de cesariana entre os anos de 1992 e 2005: no início da década de 90, as principais causas de cesariana eram motivos fetais e uterinos, a partir do ano 2000 a maioria dos partos cesáreos era motivada por medo do parto vaginal e a pedido materno sem causas médicas e a taxa de cesariana subiu de 11 para 22%.

Como sugere o estudo de Patah e Malik (2011), a maior incidência de parto cesáreo precisa ser analisada considerando a interrelação de vários fatores, tais como características socioculturais, modelo de assistência à saúde em hospitais públicos e privados (envolvendo as formas de remuneração por tipo de parto e as diferentes composições da equipe assistencial), temor de processos judiciais por má prática médica, desejo da mulher por determinados tipos de parto. Esses e outros fatores influenciam a decisão do

obstetra quanto ao tipo de parto que será realizado.

No Brasil, assim como em outros países em que o parto está muito medicalizado, com extensa utilização de alta tecnologia e pouca participação de obstetrias, muitas cesarianas são desnecessárias: considerando-se que o índice de mortalidade e morbidade é maior do que no parto vaginal, expor mãe e bebês aos riscos referentes à cirurgia por motivos nem sempre válidos é uma prática que tem de ser reavaliada.

Por outro lado, como ressalta um relatório da Organização Mundial de Saúde (2008), índices de partos cesáreos abaixo de 5%, especialmente em áreas rurais de países com alto índice de pobreza (como acontece em muitos países da África), podem indicar condições precárias de assistência ao parto com complicações obstétricas que resultam em indicação de cesariana.

A vivência do parto cesáreo é múltipla: muitas mulheres acham frustrante a falta de participação ativa no nascimento do filho; até a década de 70, quando ainda se utilizava a anestesia geral, muitas mulheres vivenciavam o parto como um vácuo, uma queda brusca de continuidade entre o período que precede e o que vem após o nascimento; (atualmente, a anestesia geral é indicada apenas em algumas situações especiais); quando efetuado sob peridural ou raqui, não há essa quebra de continuidade, mas muitas mulheres se queixam da percepção da intervenção e do medo de “verem a barriga aberta” pelo espelho do refletor.

Alguns estudos mostraram que, contrariamente à crença popular, o parto cesáreo nem sempre é melhor para a criança. A noção de que a cesariana é melhor porque evita o “trauma do nascimento” está cada vez mais difundida. No entanto, teóricos como Montagu (1971) consideram o parto vaginal como essencial para a estimulação cutânea, tão fundamental ao desenvolvimento físico e emocional do bebê. Segundo Montagu, a função do parto vaginal é preparar o organismo do recém-nascido para funcionar melhor através da estimulação cutânea maciça no corpo do feto, provocada pelas contrações uterinas durante o trabalho de parto.

Por meio de trabalho psicanalítico com adultos e crianças, Winnicott (1975) observou que a experiência do parto é significativa para o bebê e permanece registrada na memória: uma experiência de nascimento normal tem pouca probabilidade de emergir com clareza no processo terapêutico; mas uma experiência de nascimento que ultrapassa determinados limites de tolerância é vivida como traumática e costuma surgir de formas variadas no decorrer do processo analítico, necessitando ser devidamente trabalhada. Grof (1976) estudou durante muitos anos os efeitos do LSD na ampliação dos níveis de consciência, observando em quase todos os sujeitos o surgimento de lembranças — intensamente revividas — de todo o processo de nascimento.

As observações prolongadas do comportamento fetal por meio do ultrassom, acopladas com a observação do parto e da criança até quatro anos, realizadas por Piontelli (1992), mostram uma grande coerência e continuidade entre os padrões de reação presentes na vida pré-natal, no parto e na vida pós-natal. Num dos casos observados, o feto permanecia a maior parte do tempo agarrado ao cordão umbilical, encolhido num canto do útero; não mudou de posição até a hora do parto e, a muito custo, foi daí tirado por cesariana; posteriormente, mantinha-se agarrado a rotinas e a pessoas de modo rígido e assustado, como costumava agarrar-se ao cordão umbilical. Em outro caso, o feto era bastante ativo até o momento em que houve uma ameaça de aborto por descolamento prematuro da placenta. A partir desse evento, ficou praticamente imóvel até o final da gravidez, em posição transversal; a criança teve de ser retirada, com dificuldade, por cesariana. As observações posteriores mostraram um padrão de comportamento ativo e aventureiro, mas com muita ansiedade claustrofóbica e medo de ser aniquilado.

Meier (1964), com o objetivo de esclarecer alguns aspectos do desenvolvimento de crianças nascidas por parto cesáreo e vaginal, fez uma série de experimentos com macacos da espécie *Macaca mulatta*. Comparou treze filhotes nascidos de cesariana com treze nascidos vaginalmente durante os cinco primeiros dias de vida.

Descobriu que os filhotes nascidos de parto vaginal eram mais ativos, reagem mais ao ambiente, apresentavam frequência três vezes maior de vocalizações e respostas de evitação.

Montagu salienta a presença de várias diferenças bioquímicas nas crianças nascidas desses dois tipos de parto. Os bebês de cesariana apresentam acidose mais elevada, menor quantidade de proteínas e cálcio e maior percentagem de potássio. Outro aspecto interessante refere-se à produção de açúcar no organismo: normalmente, quando uma pequena quantidade de glucagon — secretado pelo pâncreas — é introduzida no aparelho digestivo, este reage produzindo açúcar. Nas crianças cujo parto cesáreo foi feito antes do início das contrações, o montante de açúcar produzido em reação ao glucagon é muito menor do que nas crianças de parto vaginal. No entanto, no grupo em que se processou o trabalho de parto antes da intervenção, essa diferença não era significativa. Isso sugere, portanto, que na presença da estimulação cutânea maciça as diferenças entre os grupos não foram tão marcantes.

O fato de que a estimulação cutânea pós-parto pode compensar a falta do trabalho de parto foi demonstrado por Barron (1955) num experimento com filhotes de cabra. Após submeter as cabras à cesariana, manteve metade dos filhotes molhados numa sala aquecida, sem estimulação epidérmica, enquanto a outra metade foi completamente secada com toalhas; nesse grupo, os filhotes punham-se de pé mais cedo do que no outro grupo. Essa diferença de reação sugere o valor adaptativo da estimulação cutânea favorecida pelo comportamento natural da mãe — lambe e secar os filhotes. Para Barron, essa estimulação eleva o nível de excitabilidade neural do filhote, facilitando-lhe o desenvolvimento motor e a capacidade de orientação espacial.

Aspectos psicológicos da “cesárea a pedido”

A maior segurança na prática do parto cesáreo resultou em sua banalização, gerando inclusive aumento da incidência deste tipo de parto a pedido da mulher (na

assistência privada), mesmo quando não há indicação do ponto de vista obstétrico.

O Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras faz diversas recomendações sobre a cesárea a pedido: uma delas é que não deve ser realizada antes de 39 semanas completas, a menos que haja documentação da maturidade pulmonar do feto.

Se colocarmos as variáveis de personalidade atividade-passividade dentro de um contínuo de gradação, poderíamos nele superpor os três principais tipos de parto: a cesárea a pedido no extremo passividade, o parto vaginal preparado no extremo atividade e o parto sob anestesia numa posição intermediária entre os dois pólos.

A cesárea a pedido está imersa num estilo de vida que se tornou predominante desde o século passado. Já na década de 1950, Langer (1951) apontava para a tendência a dessexualizar as funções procriativas da mulher, convertendo-as em algo mecanizado e controlado, em vez de considerá-las instintivas e espontâneas. Dessa forma, a mecanização do parto transforma um processo biológico de grande significado emocional em uma operação cirúrgica. Weaver e cols. (2007) entrevistaram mulheres que pediram cesárea e constataram que o medo do parto vaginal e a crença de que a cesárea seria melhor para o bebê foram os principais motivos, o que indica a necessidade de conversas esclarecedoras e da construção de um vínculo de suporte emocional.

O índice de cesárea a pedido está aumentando em vários países, sem que isso resulte em melhoria da mortalidade e da morbidade perinatal. McCourt e cols. (2007) fizeram uma revisão de mais de 200 estudos sobre o tema e ressaltaram como motivos principais para a solicitação da cesárea fatores psicológicos, culturais e sociais. Um estudo da Suécia (Waldenström e cols., 2006) feito com duas mil e seiscentas mulheres mostrou que o medo do parto é o principal fator que motiva o pedido de cesárea, mas não influi nas cesarianas de emergência nem na experiência subjetiva negativa do parto nas mulheres que receberam aconselhamento na gravidez. Outro estudo feito na

Escandinávia também mostra a associação entre o medo do parto e o pedido de cesariana; os autores associaram o medo do parto a características pessoais tais como baixa auto-estima, alto grau de ansiedade e depressão, insatisfação com o parceiro e falta de apoio (Saisto e Halmesmäki, 2003).

A justificativa racional para a cesárea a pedido é proteger a mulher contra a dor e o sofrimento do parto. Mas, na realidade, essa linha de ação tem como consequência mais profunda despojar a mulher de participação mais consciente e ativa no nascimento do próprio filho.

May (1953) aborda o problema do afastamento do ser humano em relação a si mesmo e à natureza, cuja principal consequência é a perda da identidade como ser autêntico e o sentimento de vazio e inutilidade da própria vida por viver uma existência mecânica e rotineira. Isso corresponde a uma tendência geral a “anestesiarse” como solução para enfrentar os problemas da existência: o mergulho excessivo no trabalho ou na vida social para evitar confrontar-se consigo mesmo. Essa falsa solução cobra um preço alto: o embotamento da sensibilidade e uma ansiedade que não consegue ser inteiramente disfarçada.

A atitude de insistir em fazer cesariana, sem nem sequer considerar a possibilidade de um parto vaginal, é sustentada por vários motivos: temores específicos da gravidez, medo de aceitar o impacto de um parto desencadeado de maneira espontânea, medo de ficar deformada, de ficar com a vagina alargada e arruinar sua sexualidade, de sentir dores insuportáveis. São esses temores que motivam a atitude de extrema passividade, em que o bebê é extraído dela sem sua participação. Em muitos casos, essa atitude diante do parto tem paralelo com uma dificuldade mais geral de assumir a função maternal: comumente, a mulher prefere relegar os cuidados do bebê a outra pessoa que julga ser mais competente do que ela. Ocorre também o desejo de programar o parto para uma data mais conveniente para não prejudicar sua agenda de trabalho ou outros compromissos considerados relevantes.

Há também a sensação de “não dar conta” do trabalho

de parto, de imaginar que seria algo maior do que poderia suportar. Essa sensação costuma estar associada à idéia de ser ainda uma “menina”, que precisa ser “poupada” — daí prefere transferir o seu poder de dar à luz para o médico, que tomará conta de tudo. A vivência do parto, nesses casos, costuma evocar tanto temor que o pedido de cesárea pode significar uma tentativa de anular esse momento de passagem.

Em muitos casos, a “cesárea a pedido” é, na verdade, uma “cesárea induzida” pelo próprio médico, que tenta convencer suas pacientes das vantagens desse tipo de parto, que, na maioria dos casos, é mais conveniente para sua própria agenda (programar horários que não interfiram na rotina do consultório ou ocupe menos tempo do que a espera da evolução do parto normal), em vez de reconhecer o medo subjacente. A cesárea a pedido dá à mulher apenas a ilusão de controle: a cirurgia não é a melhor solução: é importante analisar mais a fundo as origens do medo (Kitzinger, 2006).

Quando o obstetra rapidamente aceita o pedido da paciente, não está lhe oferecendo a melhor ajuda, pois não lhe dá oportunidade de examinar, elaborar e eventualmente superar as fontes do medo, que muitas vezes é disfarçado pela racionalização — a tentativa de encontrar justificativas lógicas, como, por exemplo, a “preservação da área perineal”. O medo do parto vaginal reflete, em nível mais profundo, o temor de ser mudada, de ver transformada a sua identidade, e o parto cesáreo pode simbolizar a vontade de ficar intacta e preservada como antes, negando a mudança ocorrida e fechando-se à oportunidade de vivenciar mais intensamente as experiências novas.

Aspectos psicológicos do puerpério e os primórdios do relacionamento pais-bebê

O puerpério, assim como a gravidez, é um período vulnerável à ocorrência de crises, devido às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto.

Kitzinger (1977) considera o puerpério como o “quarto trimestre” da gravidez, considerando-o um período de tran-

sição que dura por volta de três meses após o parto, acentuado em particular no primeiro filho. Nesse período, a mulher torna-se especialmente sensível, muitas vezes confusa, até mesmo desesperada; a ansiedade normal e a depressão reativa são comuns.

No entanto, nem sempre as alterações emocionais no puerpério são mais intensas do que as do final da gravidez. Num estudo africano, Jinadu e Daramola (1990) estudaram trezentas e quarenta e oito mulheres nigerianas entre onze e quarenta e cinco anos para ver se os distúrbios do puerpério estavam correlacionados com disfunções psicossociais e fisiológicas da gravidez. Verificaram que, na maioria dos casos, houve uma redução dos distúrbios após o parto; as queixas de sentimentos de culpa, temores, náuseas e vômitos predominaram nas mulheres mais jovens, ao passo que as queixas de insônia e anorexia predominavam nas mais velhas. As queixas “psicológicas” diminuíram com o número de filhos e não se constataram diferenças significativas entre mulheres de uniões monogâmicas e poligâmicas.

Os primeiros dias após o parto são carregados de emoções intensas. As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto. Muitas puérperas sentem-se debilitadas e confusas. A sensação de desconforto físico devido a náuseas, dores e ao sangramento pós-parto é particularmente intensa, lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto: a euforia e a depressão alternam-se rapidamente, essa última podendo atingir grande intensidade. Alguns autores (Baker, 1967; Kaij e Nilsson, 1972) acham que esses sintomas são devidos às mudanças bioquímicas que se processam logo após o parto, tais como o aumento da secreção de corticoesteróides e a súbita queda dos níveis hormonais. Supõem também a atuação de outros fatores, tais como as frustrações e a monotonia do período de internação e a passagem da situação de espera ansiosa típica do final da gravidez para a de conscientização da nova realidade que, ao lado da satisfação da maternidade, significa também a responsabilidade de

assumir novas tarefas e a limitação de algumas atividades anteriores.

Outro aspecto importante é que, para a mãe, a realidade do feto dentro do útero não é a mesma realidade do bebê recém-nascido e para muitas mulheres é difícil fazer essa transição; em especial as que apresentam forte dependência infantil em relação à própria mãe ou ao companheiro podem facilmente gostar do filho enquanto ainda está dentro delas e amar uma imagem idealizada do bebê, mas não a realidade do recém-nascido. Isso ocorre nas mulheres que tendem a acreditar que seu bebê será “diferente” — tranquilo, chorando pouco, dormindo à noite desde o início —, negando antecipadamente a realidade de um bebê nas primeiras semanas de vida, diante do qual sentem-se assustadas e confusas.

Kitzinger (2005) comenta que, quando na gravidez o filho é sentido como parte do corpo da mãe, o nascimento é vivido como uma amputação. São comuns, na gestação, os sonhos em que há perda de partes de si própria (membros, dentes, cabelos etc.). Após o parto, a mulher se dá conta de que o bebê é outra pessoa: torna-se necessário elaborar a perda do bebê da fantasia para entrar em contato com o bebê real. Essa tarefa torna-se particularmente penosa no caso de crianças que nascem com problemas graves, com malformações ou com características que resultam em padrões especiais de desenvolvimento, como a síndrome de Down. Nesses casos, o luto pela perda do “filho perfeito” precisa ocorrer para que os pais consigam perceber a pessoa além do rótulo diagnóstico. Ao atravessar os sentimentos de tristeza, perplexidade, vergonha, raiva e revolta (“fiz tudo certo, por que isso aconteceu conosco?”; “Não quero que ninguém sinta pena de mim!”) abre-se o caminho para buscar os recursos necessários para estimular o desenvolvimento possível para a criança.

Às vezes é difícil determinar a linha divisória entre a normalidade e a patologia, no caso da depressão pós-parto. De todo modo, a intensificação ou a permanência dos sintomas depressivos após algumas semanas depois do parto merecem ser vistas com maior cuidado.

Para Fisher (2006), a depressão pós-parto caracteriza-se pela presença constante de, no mínimo, duas semanas de sintomas cognitivos e afetivos, tais como humor depressivo, sentimentos de culpa, autodesvalorização, dificuldade de concentração, irritabilidade, isolamento social. Nos países industrializados, em torno de 10 a 15 % das mulheres sofrem de depressão pós-parto até um ano depois do nascimento do filho; esse percentual é maior entre as mulheres com gravidez gemelar, uma vez que cuidar de mais de um bebê representa uma sobrecarga especial, intensificando o sentimento de inadequação, por se sentir incapaz de atender simultaneamente às demandas dos bebês.

A depressão pós-parto tende a ser mais intensa quando há uma quebra da expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho. O desaparecimento da imagem idílica gera desapontamento, desânimo, a sensação do “não era isso que eu esperava” e a impressão de ser incapaz de enfrentar a nova situação.

Na depressão que se prolonga pelos primeiros meses pós-parto é comum persistir a sensação de decepção consigo mesma, desilusão, fracasso: “Eu sempre me saí bem das dificuldades, resolvia meus problemas sozinha, agora só quero ficar na cama o dia todo sem fazer nada, não consigo cuidar do meu filho”. A prostração e a incapacidade de assumir a função materna têm também aspectos regressivos, de identificação com o próprio bebê — a mãe solicita também para si cuidados e atenção, mobilizando preocupação nos familiares.

O desenvolvimento saudável depende de uma boa interação entre carga genética, experiências e relacionamentos. Tudo isso influencia a formação do cérebro e os trilhões de conexões entre os neurônios. Um dos ingredientes mais ativos dessa interação é a “via de mão dupla” que constitui o circuito interativo entre o bebê e as pessoas que cuidam dele. Por exemplo, o bebê balbucia e a mãe fala, canta e sorri para ele. Esse tipo de interação fortalece as conexões neuronais que formam a base da

capacidade de se comunicar e se relacionar com os outros. Mas, quando a mãe está deprimida, ela não reage a esses estímulos do bebê, empobrecendo o circuito interativo e prejudicando a arquitetura cerebral. Os bebês de mães deprimidas apresentam níveis mais altos de hormônios do estresse e uma redução dos níveis de serotonina e dopamina.

A depressão materna crônica pode se manifestar por atos de hostilidade ou por comportamentos de se distanciar e de ignorar o bebê. Em ambos os casos, os circuitos interativos não são harmônicos nem positivos.

Mas, afinal, até que ponto a mãe deprimida após o parto deprime o bebê? Há diferentes conclusões dos estudos. O de Hoffman e Drotar (1991), por exemplo, sugere que mães deprimidas nem sempre deprimem seus filhos. Onze mães deprimidas e onze mães não-deprimidas (entre vinte e quatro e trinta e sete anos) e seus bebês de dois meses foram filmados em sessões de dez minutos, em que podiam interagir livremente. As mães deprimidas tiveram escores significativamente mais baixos em interação positiva, envolvimento afetivo e sensibilidade de reação, em comparação com o grupo de controle. Contrariando as hipóteses iniciais do estudo, o nível de atividade dos bebês não variou em função da depressão materna. No entanto, os bebês das mães deprimidas evidenciaram, como elas, menor grau de afeto positivo e de expressão emocional, como se espelhassem o estilo de interação das mães. Esses resultados sugerem que graus leves ou moderados de depressão materna têm efeitos seletivos na interação materno-filial. Por sua vez, graus mais intensos de depressão pós-parto podem ter efeitos duradouros no desenvolvimento do bebê. O estudo de Murray (1991) mostra que esses bebês tendem a desenvolver um vínculo inseguro com as mães e apresentar distúrbios de comportamento (especialmente no sono) até cerca de um ano e meio, mesmo quando as mães superaram a depressão em torno de três meses após o parto.

Há poucos estudos sobre os efeitos duradouros de problemas emocionais sérios que ocorrem no puerpério.

Uma dessas poucas pesquisas é a de Uddenberg e Engleson (1978), que estudaram sessenta e nove mulheres na faixa de dezoito a trinta e três anos no pós-parto do primeiro filho e as reavaliaram após quatro anos e meio. Nessa ocasião, os dados foram coletados por meio de uma entrevista semidirigida com a mãe e uma sessão lúdica com a criança. As dezesseis mulheres que haviam apresentado problemas emocionais sérios com repercussões no funcionamento social e interpessoal por ocasião do pós-parto foram comparadas com as mulheres que não apresentaram tais problemas. Cerca da metade das mulheres do primeiro grupo relatou períodos prolongados ou recorrentes de problemas emocionais sérios nos anos subsequentes. Todas as dezesseis mulheres apresentaram problemas de relacionamento com seus companheiros com mais frequência que as demais. Relataram também dificuldades de adaptação ao papel de mãe, com predominância de atitudes rejeitadoras. Foram também descritas de modo mais desfavorável pelos filhos, em comparação com as crianças do segundo grupo. Os autores concluíram que as mulheres que sofrem de perturbações graves no puerpério tendem a apresentar problemas emocionais nos anos subsequentes e podem desenvolver uma relação desfavorável com o filho.

Roberts et al (2006) pesquisaram a saúde emocional dos maridos de mulheres com depressão pós-parto: apresentaram maior número de sintomas de depressão, agressividade e fadiga do que o grupo controle. Uma atenção mais cuidadosa da equipe de saúde com o estado emocional do homem no puerpério pode trazer benefícios para toda a família.

É preciso também pesquisar mais sobre o impacto emocional do pai de gêmeos e seu papel de suporte emocional para a mãe. Cuidar de dois ou mais bebês implica em carga emocional intensa na relação conjugal, maior envolvimento paterno nos cuidados dos filhos e muita renúncia a interesses anteriores, sejam profissionais ou de lazer.

Outra área ainda insuficientemente investigada refere-se

à psicose puerperal e, no homem, aos estados psicóticos associados à paternidade. Há uma referência antiga, de Zilboorg (1931), que em suas observações clínicas encontrou “psicoses pós-parto” no homem associadas a reações paranóides — negação da paternidade, acusando a mulher de adultério. Curtis (1955), utilizando uma amostra de cinquenta e cinco homens “grávidos”, encontrou dezessete casos de problemas emocionais graves, catorze casos de transtornos menos sérios e apenas vinte e quatro “normais”. São comuns, no homem, alterações de conduta durante o ciclo grávido-puerperal: Liebenberg (1969) observou maior frequência de acidentes de automóvel, aumento de interesse por atividades esportivas, intensificação do ritmo de trabalho, especialmente a partir do segundo trimestre até após o parto, com maior tendência a ausentar-se de casa por períodos mais prolongados. Não é rara a conduta de abandonar a mulher e o bebê nos primeiros meses após o nascimento.

Nos episódios psicóticos associados à maternidade, em muitos casos já existem antecedentes de surtos psicóticos que eventualmente a mulher conseguiu superar com ou sem ajuda terapêutica. Rehman e cols. (1990) estudaram os históricos de todas as pacientes internadas no Royal Edinburgh Hospital nos três primeiros meses após o parto nos períodos de 1880-90 e 1971-80. Verificaram que a maioria dos casos já tinha apresentado outros episódios de doença mental anterior ao parto. Todos os sessenta e três casos do século passado apresentaram sintomatologia mais exuberante e períodos maiores de internação e predominavam mulheres múltíparas. Por sua vez, o estudo de Agrawal e cols. (1990), com cento e catorze casos de psicose puerperal em mulheres entre quinze e quarenta anos, encontrou apenas doze casos com antecedentes pessoais e familiares de surtos psicóticos. A maioria das mulheres era primípara, e os sintomas psicóticos surgiram em torno de duas semanas após o parto.

Atualmente, considera-se mais eficaz tratar os distúrbios psicóticos que surgem no puerpério com uma abordagem múltipla. Steiner (1990) menciona a internação conjunta de mãe e bebê como parte de um plano de tratamento que

combina farmacoterapia com psicoterapia e outros recursos assistenciais multidisciplinares. O trabalho de Guscott e Steiner (1991) oferece maiores detalhes do tratamento integrado, que combina o modelo médico com o de desenvolvimento e o de sistemas sociais, conduzido por uma equipe interdisciplinar. Jennings e cols. (1991) mostram a necessidade de incluir em programas de saúde mental para famílias com bebês e crianças pequenas grupos de auto-ajuda e acesso imediato ao apoio por telefone para mulheres com depressão pós-parto. O objetivo fundamental desse programa abrangente de assistência é facilitar o desenvolvimento de uma relação mutuamente gratificante entre família e bebê: para isso, o modelo multimodal é o mais utilizado, e as intervenções terapêuticas variam de acordo com as modificações das necessidades familiares.

O surto psicótico pode surgir logo após o parto ou meses depois, sem que ninguém perceba alterações significativas de conduta durante a gravidez e o puerpério imediato. Isso tende a acontecer especialmente quando o episódio psicótico se reveste de aspectos simbióticos: nos primeiros meses de vida, a etapa normal de relação simbiótica pode mascarar a simbiose patológica; no entanto, quando o bebê começa a diferenciar-se de modo mais marcante e apresentar sinais mais evidentes de autonomia, surge, na mãe, a dificuldade de reconhecer o filho como diferenciado de si mesma: “Dá a impressão de que eu e ele somos uma coisa só, às vezes sinto que eu sou ele, reajo como ele, e às vezes que ele é eu, sente tudo exatamente como eu sinto”. O tratamento, nesses casos, pode ser difícil, pelo medo de que a situação simbiótica se rompa, o que é expresso pelo medo de “invasão”. Nesses casos, é comum o homem sentir-se excluído, com dificuldades de romper a ligação simbiótica entre mãe e filho.

É preciso não confundir, no diagnóstico, os episódios psicóticos do puerpério com o estado mental presente nas primeiras semanas após o parto, semelhante aos estados de retraimento e dissociação esquizóide, que é uma manifestação normal nessa época. A esse estado mental Winnicott (1975) deu o nome de “preocupação materna primária”. Para ele, esse estado possibilita à mãe ligar-se

sensivelmente ao bebê, adaptando-se delicadamente ao atendimento das necessidades do recém-nascido. Winnicott acrescenta que as recordações sobre esse período tendem, depois, a ser reprimidas.

A primeira reação da mãe diante do recém-nascido é, na maioria dos casos, positiva, e até mesmo um possível desapontamento com o sexo do bebê não tende a ser expressamente sentido nos primeiros dias. A manifestação de um intenso “sentimento materno” nem sempre ocorre na primeira vez que a mãe vê seu filho e isso, em muitos casos, gera sentimentos de culpa e apreensão. No entanto, não é rara a presença de graus variados de embotamento afetivo.

Newton e Newton (1962) tentaram correlacionar diferentes tipos de reação da mãe (aceitação, rejeição, indiferença) com cinquenta e nove variáveis e encontraram relações significativas em treze. As mães cuja primeira reação era de aceitação foram as que tendiam a permanecer calmas e cooperadoras no trabalho de parto, estabelecendo boas relações com a equipe e recebendo mais atenção e cuidados; tendiam também a querer amamentar os filhos e a aceitar mais a própria feminilidade.

O estudo de Klaus (1972) sugere a influência da rotina hospitalar adotada pela maioria dos hospitais nas experiências emocionais dos primeiros dias após o parto. Klaus selecionou catorze primíparas, permitindo-lhes maior contato com seus bebês nos primeiros três dias após o parto: uma hora, três horas após o parto e cinco horas a mais durante os três dias subsequentes. Comparadas com catorze primíparas submetidas ao regime hospitalar que não privilegia o contato precoce entre mãe e bebê, verificou-se que, um mês após o parto, as mães do grupo experimental apresentavam maior contato com os filhos, comportamento mais maternal e maior interesse pelo contato visual com os bebês, que, por sua vez, eram mais atentos. Colocar o bebê no berçário, longe da mãe contribui para aumentar os sentimentos de depressão, frustração e ansiedade.

Em outro estudo, Klaus e cols. (1975) filmaram vinte e

duas mães durante os primeiros dez minutos de contato com seus bebês a termo, colocados nus junto a elas, em hospitais da Guatemala e dos Estados Unidos; nove mães de bebês pré-termo foram filmadas nas três primeiras visitas ao berçário. Essas observações foram comparadas com o comportamento de mães que tiveram parto em casa, na Califórnia. Observou-se que, nos partos hospitalares, todas as mães americanas, mas apenas a metade das guatemaltecas, começaram a tocar seus bebês pelas extremidades com a ponta dos dedos para, em seguida, massagear o tronco do bebê com a palma das mãos. As mães americanas mostraram grande interesse pelo contato visual. As mães dos pré-termo apresentaram apenas fragmentos desse comportamento. Nos partos domiciliares, as mães participaram mais ativamente do nascimento e pegaram o recém-nascido logo após o parto: acariciaram a face com a ponta dos dedos e, logo em seguida, massagearam o corpo e a cabeça do bebê com a palma das mãos; a amamentação se iniciou minutos após o nascimento e inicialmente o bebê apenas lambeu o bico do seio. Observou-se também que, nos partos domiciliares, a mãe e o pai falavam com o bebê com um tom de voz mais agudo e apresentavam um grau maior de euforia do que nos partos hospitalares. Muitas mães que tiveram parto em casa relataram sensações prazerosas semelhantes ao orgasmo no período expulsivo.

Reconhecendo as consequências indesejáveis da separação precoce entre mãe e bebê, o Estatuto da Criança e do Adolescente, no Capítulo 1 (Do Direito à Vida e à Saúde), preconiza “manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe”, contando com a ajuda da equipe de enfermagem que oferece orientação sobre os cuidados práticos e as informações necessárias para a amamentação bem-sucedida. O alojamento conjunto, portanto, é um sistema em que o recém-nascido, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe todo o tempo até a alta hospitalar.

O alojamento conjunto tem a grande vantagem de evitar a separação de mãe e filho numa época tão crucial para a

consolidação do vínculo materno-filial. Para a primípara, seu grande valor é permitir uma aprendizagem eficiente e supervisionada do manejo do recém-nascido, numa sociedade em que — com o número decrescente de grandes famílias — é raro que a nulípara já tenha tido a experiência de cuidar ou de ver alguém cuidando de um bebê. Portanto, o alojamento conjunto pode ser considerado como uma etapa na preparação para a maternidade, ampliando o atendimento obstétrico para o período de pós-parto, com o objetivo de satisfazer as necessidades físicas e emocionais de proximidade e contato entre mãe e filho. Os efeitos benéficos do alojamento conjunto foram demonstrados pela experiência do Duke Hospital, uma maternidade americana que adotou o sistema compulsório de alojamento conjunto, verificando-se que o índice de amamentação aumentou de 35 a 59% e os telefonemas ansiosos das mães na primeira semana após a alta hospitalar diminuíram em 90% (Newton e Newton, 1962).

Evidentemente, as possíveis consequências benéficas do alojamento conjunto dependerão muito de aspectos da personalidade da mãe. Como mostra Kroger (1962), algumas mulheres são demasiado ansiosas, tensas ou imaturas e egocêntricas, dependentes ou exigentes a ponto de necessitarem de maior atenção para elas mesmas, sendo-lhes, por conseguinte, mais difícil atender às necessidades do bebê. Há também a mulher que sente muita hostilidade e rejeição em relação ao filho ou a que experimenta sentimentos muito intensos de ambivalência. Em todos esses casos, é difícil prever a eficácia do sistema de alojamento conjunto. É igualmente difícil, por outro lado, prognosticar a qualidade da relação materno-filial após a alta hospitalar a partir das atitudes maternas no período de internação. Há mulheres que dão a impressão de serem “boas mães”, seguindo à risca as instruções hospitalares; no entanto, são imaturas e só agem de maneira adequada quando supervisionadas e orientadas, ou seja, quando podem contar com alguém para dividir ou assumir a responsabilidade. Após a alta, comumente apresentam sintomas fóbicos, ataques de ansiedade e pânico, crises de choro e depressão: ir para casa representa a perda da

proteção e da segurança da permanência no hospital.

Em graus variados, os sintomas de depressão diante da nova responsabilidade de cuidar de um bebê surgem na maioria das puérperas, independentemente da estrutura e dinâmica da personalidade. Há aspectos objetivamente difíceis na relação materno-filial que justificam essas reações: nas primeiras semanas, mãe e filho se conhecem pouco, ainda não se estabeleceu entre eles um padrão de comunicação; a mãe ainda não sabe distinguir com clareza quais as necessidades do bebê que permanecem insatisfeitas. Só aos poucos aprende a diferenciar o choro do filho: se sinaliza fome, cólicas, desconforto, sede, sono ou necessidade de contato. Essa relação inicial é pouco estruturada, não-verbal e intensamente emocional. Tais características dão margem a amplas possibilidades de interpretações por parte da mãe: o choro do filho pode evocar sentimentos de pena e estimular o desejo de cuidar dele; de raiva de si própria por se sentir incapaz de satisfazer as necessidades do filho; de raiva do bebê por senti-lo como “ingrato”, que não reconhece sua dedicação e seus esforços, ou por senti-lo como permanentemente insatisfeito e insaciável, sugando-a e esgotando-a, exigindo muito e retribuindo pouco; de ressentimento por sentir que o bebê a priva de coisas importantes, tais como horas de sono e de repouso; ou pode sentir-se agredida com o choro do bebê, interpretando como censura e acusação, o que gera sentimentos de culpa e inadequação, buscando resposta à pergunta “O que fiz de errado?”.

Há mulheres cujo sentimento materno é ativado pela situação de desamparo do recém-nascido, que lhes estimula a vontade de cuidar, nutrir, proteger, identificando-se com o bebê; sentem-se satisfeitas por serem capazes de satisfazer o filho e não sentem a frustração da impossibilidade de o bebê lhes “agradecer”. Outras mulheres assustam-se diante do recém-nascido, que simboliza uma instintividade primitiva e sem controle; sobretudo quando sentem dificuldades de administrar seus próprios impulsos, o contato com o bebê visto dessa maneira pode evocar ansiedades profundas e só mais tarde — no decorrer do desenvolvimento da criança, que vai se tornando mais organizada

e controlada — conseguem relacionar-se melhor com o filho. Da mesma forma, a mãe pode esperar que o bebê se “comporte” e fique quieto sem chorar muito a fim de sentir-se “boa mãe”; ou seu conceito de “boa mãe” se reveste de características idealizadas e sobrehumanas, obrigando-a a absorver-se excessivamente com a criança, não a deixando só nem por um instante, ficando angustiada com o choro do bebê e culpando-se pelas próprias falhas e limitações inerentes a qualquer relação humana.

Vemos, portanto, um paralelo entre a expectativa em relação ao bebê e a si própria: quando a superexigência em relação ao próprio papel de mãe é muito intensa, há a expectativa de que o bebê se comporte de forma ideal e seja igualmente “perfeito”. Essas expectativas correspondem a necessidades emocionais da mãe e, desde as primeiras semanas de vida, já é possível observar a estruturação básica do relacionamento materno-filial e vislumbrar algumas de suas características futuras. Por exemplo, a superexigência em relação ao comportamento do bebê tende a prolongar-se a outras etapas do desenvolvimento, como no manejo precoce do treinamento dos esfíncteres ou na exigência de um rendimento escolar impecável. O sentimento de culpa ou de hostilidade encoberta pode estar na origem de uma dedicação excessiva que se reflete no esquema de alimentação em horários flexíveis demais, no excesso de permissividade, deixando a criança fazer o que quer, na superproteção e nos cuidados exagerados que fragilizam a criança e prejudicam sua autonomia.

Em suma, o bebê, ao nascer, é um enigma: representa a esperança de realização para os pais e, ao mesmo tempo, a ameaça de expor suas dificuldades e deficiências: implica, portanto, uma promessa de aumentar a auto-estima dos pais e, ao mesmo tempo, de “denunciá-los” como maus pais.

Em muitas teorias tradicionais do desenvolvimento, enfatiza-se o papel mãe na formação da personalidade da criança. No entanto, os estudos sobre a interação no relacionamento familiar cresceram, especialmente a partir

da década de 1970. Torna-se cada vez mais claro que o comportamento dos pais é muito influenciado pelas características da criança. Dessa forma, como mostra Thoman (1975), em vez de considerar somente o comportamento materno, é necessário investigar os padrões de interação e influência recíproca entre o bebê e a mãe (considerando-se também o contexto familiar e sociocultural) para melhor entender a natureza dessa sintonia.

Aos poucos, verifica-se a consolidação dos padrões de comunicação na díade mãe-filho, após as primeiras semanas de adaptação. A mãe consegue decifrar melhor o código da criança e satisfazer com mais eficácia suas necessidades; por outro lado, o bebê supera pouco a pouco as dificuldades iniciais de adaptação ao mundo externo, organiza melhor um ritmo próprio, torna-se mais tranquilo e consegue comunicar-se melhor; à medida que aumenta a reatividade e que, gradualmente “descobre o mundo” através do olhar e do sorriso, já gratifica a mãe, consolidando, dessa forma, uma relação de troca. A qualidade dessa relação interpessoal depende de ambas as partes da díade e, num plano mais amplo, do contexto familiar.

Cada recém-nascido apresenta uma bagagem congênita singular: pode ser predominantemente tranquilo, irrequieto, voraz, sonolento, saudável ou doente. A mãe reagirá de diferentes maneiras a essas características, podendo-se tornar predominantemente paciente, afetiva, ansiosa, irritada ou solícita, o que por sua vez também afeta o padrão de reações do bebê. Por exemplo, uma mãe ansiosa e excessivamente solícita pode acentuar a inquietação e a agitação do bebê e, segundo Spitz (1958), é o fator etiológico básico do quadro das cólicas do primeiro trimestre; uma mãe serena e afetuosa tenderá a ter um bebê mais calmo. Por isso, a relação entre mãe e filho deve ser vista como um sistema circular em constante fluxo dinâmico: as mensagens que partem de uma das duas pessoas produzem efeitos na outra; novas mensagens desta provocam modificações na primeira e assim por diante. A qualidade da relação materno-filial muda à medida que a

criança se desenvolve, uma vez que qualquer modificação numa parte do sistema altera o equilíbrio dinâmico do sistema inteiro. Assim, há mães que se relacionam satisfatoriamente com a criança em uma etapa de seu desenvolvimento, mas que sentem tensão e dificuldades em etapas posteriores. E o mesmo acontece com o pai.

No plano mais amplo, o ambiente que cerca a relação mãe-filho contribui para a qualidade da reatividade de ambos: quando a mãe está cercada de pessoas hostis e críticas ou está em um ambiente excessivamente turbulento e confuso, a ansiedade materna e a inquietação do bebê tenderão a aumentar. Isso influi, inclusive, na amamentação, prejudicando o reflexo de liberação e, por conseguinte, a produção de leite. Contribui para intensificar sentimentos de competição, rivalidade, hostilidade (latente ou manifesta), inadequação e inferioridade. Em contraste, se a mãe conta com pessoas que conseguem ajudá-la e apoiá-la, os sentimentos de autoconfiança e satisfação emocional tendem a aumentar, assim como a disposição de dar afeto ao bebê.

Assim como a gravidez, o período do puerpério exerce um grande impacto no companheiro, que pode assumir fundamentalmente duas posições: ou participar de forma ativa, dividindo com a mulher a responsabilidade de cuidar do bebê e dando-lhe apoio e encorajamento, ou sentir-se marginalizado, rejeitado, “sobrando” na relação materno-filial — sentimentos que tendem a agravar-se com a abstinência sexual das primeiras semanas e com o maior envolvimento da mulher com o bebê. Em muitos casos, acaba mergulhando no trabalho ou se refugiando em relações extraconjugais.

No caso da múltipara, observa-se também um grande impacto do puerpério nos outros filhos. Os sentimentos mais típicos são de ciúme, traição e abandono. Enfrentam uma situação de crise, com muitas mudanças: a mãe, ausente por alguns dias, volta para casa com um bebê que a ocupa a maior parte do tempo. Por isso, são comuns os sintomas regressivos, tais como voltar a molhar a cama, querer chupeta ou mamadeira, solicitar atenção e cuidados. A

atitude em relação ao bebê é ambivalente; não é raro que a hostilidade seja reprimida e encoberta por formações reativas, estimuladas pela família em uma sociedade que teme a livre expressão verbal da raiva e do ressentimento, por não reconhecê-los como sentimentos válidos.

Vale ressaltar que o primeiro século de estudos sobre a formação do psiquismo concentrou-se na díade mãe-bebê, sem levar em conta a profunda influência do contexto e da rede de relações: o papel do pai e da estrutura familiar, o envolvimento com a equipe escolar e os colegas de classe e de vizinhança, o ambiente socioeconômico, a religião, a comunidade, a organização do lazer, a cultura e muitos outros fatores também contribuem para a formação do novo ser.

Em síntese, quando o bebê se desenvolve bem, aumenta a autoconfiança dos pais: ao ajudarem a criança a crescer bem, revivem seu próprio desenvolvimento e o reconstróem. Desse modo, atingem um novo nível de integração pessoal.

O significado psicológico da amamentação e da alimentação artificial

O primeiro evento social — e talvez o mais crítico — da vida de uma criança ocorre com a interação entre mãe e filho na situação de alimentação. No século XX, o progresso tecnológico, sobretudo na área da indústria de alimentos, nutrição infantil e higiene ambiental, juntamente com a elevação dos níveis educacionais e socioeconômicos, permitiu a enorme expansão da alimentação artificial dos bebês na grande maioria dos países industrializados, com a concomitante redução da incidência da amamentação. Dessa forma, quando a mãe escolhe a maneira em que vai alimentar seu bebê, revela influências do seu estilo de vida, da sua história pessoal, de sua personalidade e da sociedade em que vive.

Zetterström (1999) comenta que o índice de amamentação varia muito nos diferentes países: na Escandinávia é muito alto porém, em outros países industrializados, como no norte da Itália, é baixo, enquanto

que nas áreas urbanas de países em desenvolvimento, é extremamente baixo, embora atinja níveis altos nas áreas rurais, como em Guiné-Bissau, onde o índice de amamentação é quase 100% até os três meses, até por uma questão de sobrevivência dos bebês.

Dettwyler (1987) obteve dados de cento e trinta e seis bebês de Mali durante dois anos e verificou que muitas mães os amamentavam em horários livres, tanto para alimentá-los como para consolá-los. O desmame deu-se entre seis e trinta e dois meses. As considerações em torno desse estudo fazem pensar que a prática de amamentar é um processo complexo e muito influenciado pela cultura. No entanto, em sociedades mais “modernizadas”, a presença da mamadeira interfere no costume de amamentar, e nem sempre seu uso está diretamente ligado ao desmame. O estudo de Winikoff e Laukaram (1989) investigou os determinantes da alimentação de bebês na Tailândia, Colômbia, Quênia e Indonésia, entrevistando quatro mil, quatrocentas e sessenta e nove mães. Verificaram que a mudança do hábito de amamentar os bebês trouxe efeitos nocivos em termos de saúde das crianças e espaçamento entre as gestações; além do mais, evidenciou-se que o primeiro contato com o uso da mamadeira era providenciado pela própria equipe assistencial que encorajava a alimentação artificial.

Assim como a equipe assistencial pode sabotar a amamentação, pode também incentivar. Um estudo de Jingheng e cols. (1994), na China, avaliou o programa “Amigos das Grávidas”, que fornece informações sobre a amamentação, em um grupo de cento e seis grávidas; o programa inclui visitas de seguimento no terceiro dia pós-parto, e após um, três e seis meses. Aos quatro meses pós-parto, verificou-se que o índice de amamentação era significativamente maior no grupo atendido pelo programa. A insuficiência de leite foi o fator que mais contribuiu para o término precoce da amamentação.

O Brasil realizou Pesquisas Nacionais de Prevalência do Aleitamento Materno. Constatou-se que, nas capitais, o índice de aleitamento materno exclusivo até os quatro

meses subiu de 35,5% em 1999 para 51,02 em 2008. Houve também um aumento do percentual de crianças amamentadas entre nove e doze meses (de 42,04% para 58,7%). No entanto, apesar do avanço dos índices do aleitamento materno, o Brasil ainda está longe de alcançar as metas propostas pela OMS.

Para Mandl (1981), nos países em desenvolvimento, o uso da mamadeira traz riscos maiores do que na época em que foi introduzida na Europa, devido às diferenças de clima, à falta de água potável e às dificuldades de esterilização por causa da falta de combustível e de outras necessidades básicas. O custo da lata de leite em pó soma-se a todas essas dificuldades: as famílias pobres acabam diluindo em demasia o leite para fazê-lo “render” mais, resultando em grande incidência de diarreia, subnutrição e morte.

Segundo Shah (1981), nas populações muito pobres, uma grande proporção das mulheres é cronicamente mal nutrida, o que aumenta a probabilidade de que seus bebês sejam vítimas de subnutrição ainda na fase de gestação, nascendo com baixo peso. Nessas condições, o leite materno, apesar de suas qualidades especiais de proteção e nutrição, não consegue compensar totalmente esse problema, em especial se as mães continuam mal nutridas, sobrecarregadas de tarefas e expostas a inúmeras gestações. Pode-se dizer, portanto, que a saúde futura da humanidade depende, em grande parte, das condições de nutrição das mães.

Embora as normas de boa nutrição para uma população pobre sejam diferentes das normas para populações privilegiadas, pode-se dizer que uma boa nutrição materna é a que proporciona um desenvolvimento fetal adequado e propicia uma lactação também adequada sem prejudicar a saúde da mãe. Essa é uma questão de fundamental importância, em especial quando se considera que, dos milhões de bebês nascidos a cada ano com baixo peso (2 500 g ou menos), a imensa maioria deles nasce em países do terceiro mundo. Políticas públicas que garantam boa assistência às gestantes são fundamentais, inclusive para a

amamentação. De acordo com os dados do Manual técnico de humanização ao recém-nascido de baixo peso (Ministério da Saúde, 2009), o bebê pré-termo precisa muito do leite materno: a composição deste leite é diferente do leite materno para o bebê nascido a termo, “fabricado sob medida” para as necessidades especiais do pré-termo, com substâncias que o leite artificial não possui para proteger o bebê de agentes patogênicos, em mais uma fantástica demonstração da rica e sutil sintonia entre o organismo da mãe e o do bebê.

No entanto, a maior incidência da alimentação artificial e a altíssima percentagem de fracasso nas tentativas de amamentar refletem não só mudanças tecnológicas e sociais, mas também o caráter antiinstintivo e esquizóide da nossa época, em que os afetos e a proximidade emocional são tão temidos. É nessa tendência que se inserem o parto sob anestesia, a cesárea a pedido e a secagem artificial do leite.

A despeito dos esforços da indústria de alimentos infantis para difundir a noção de que o leite em pó equivale ao leite humano, as pesquisas demonstram a superioridade do leite materno. Cerca de cem componentes já foram identificados e estão presentes em proporções e composição química bem diferentes das do leite de vaca. O leite humano é suficiente para alimentar o bebê até quatro ou seis meses, sem necessidade de suplementação e introdução precoce de alimentos pastosos ou sólidos (Jelliffe e Jellife, 1971) e é capaz de fornecer um importante suplemento proteico na fase do desmame gradual, de seis meses a dois anos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (2012), as crianças com até seis meses de vida devem ser alimentadas exclusivamente com leite materno, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais e medicamentos que sejam necessários; e que, após os seis meses, o aleitamento seja complementado com outros alimentos saudáveis até os dois anos ou mais.

A prática de introduzir alimentos variados a partir do

primeiro mês não traz benefícios nutritivos nem psicológicos. A inclusão de sólidos nas primeiras semanas de vida reduz a produção de leite materno, pois sacia o bebê, diminuindo sua necessidade de sugar o seio — o estímulo básico para a produção de leite (Hill, 1958). Esse procedimento tem, em muitos casos, o efeito indesejável de diminuir a confiança da mãe na própria capacidade de alimentar o filho e pode ser interpretado como uma mensagem de desvalorização.

Muitos outros efeitos benéficos da amamentação foram evidenciados na literatura. Mata e Wyatt (1971) reportam menor incidência de doenças infecciosas nos bebês amamentados devido a substâncias presentes tanto no colostro quanto no leite. Várias pesquisas têm demonstrado o valor do colostro — secreção que dura aproximadamente dois dias após o parto, antes de o verdadeiro leite ser produzido e que contém inúmeras células vivas, sobretudo linfócitos e macrófagos, que protegem o canal gastrointestinal do bebê, imunizando-o contra infecções nos primeiros seis meses de vida (Pryor, 1973). O colostro age também com laxativo, evita a diarreia e é rico em lactoglobulina, que contém os fatores de imunização contra várias doenças (Montagu, 1971). Pottenger e Krohn (1950), num estudo com trezentas e vinte e sete crianças, mostraram que o desenvolvimento facial e dental das crianças que foram amamentadas por mais de três meses era melhor do que as que foram amamentadas menos de três meses ou das que sempre receberam alimentação artificial. Embora o leite humano contenha pouca quantidade de ferro, o bebê amamentado raramente sofre de anemia, porque o leite humano contém quantidades suficientes de vitamina E, essencial para a utilização adequada do ferro (Richtie, 1968). Além disso, a vitamina C é importante na prevenção da anemia e é encontrada em maior quantidade no leite humano do que no de vaca (Meyer, 1960).

No entanto, apesar da evidência científica que demonstra a superioridade do leite materno, a amamentação é considerada, por muitos, como algo desnecessário, ultrapassado e primitivo.

A associação entre o sucesso ou o fracasso da lactação, as emoções da nutriz e as atitudes das pessoas que a cercam está se tornando cada vez mais clara. A ocitocina é o principal hormônio responsável tanto pelas contrações uterinas no parto e na involução no puerpério como pelo reflexo de liberação do leite. Por isso, alguns autores acham que o ato de colocar o recém-nascido para sugar o seio logo após o nascimento, antes mesmo de cortar o cordão umbilical, tem as vantagens de acelerar a involução do útero, de provocar constrição dos vasos, reduzindo a perda sanguínea, de facilitar o descolamento da placenta, auxiliando sua expulsão e de, por fim, estimular a secreção láctea, uma vez que a sucção do bebê é o estímulo fundamental para a produção de leite. Em termos psicológicos, teria a grande vantagem de reduzir o efeito traumático da separação provocada pelo parto, unindo mãe e filho de modo mais imediato.

Há dois mecanismos básicos na amamentação: a secreção do leite e a sua liberação. Se o mecanismo da liberação falhar, mesmo se o seio estiver cheio de leite, o bebê não conseguirá obter leite suficiente. Portanto, o fracasso da amamentação está relacionado com a inibição do reflexo de liberação. Newton e Newton (1962) descobriram que as mães que precisavam dar mamadeiras complementares após as mamadas ao seio na realidade mantinham cerca de 50% de leite no seio, que não conseguia ser retirado nem pelo bebê nem pela bomba tira-leite, mas somente por meio da aplicação de ocitocina, que desencadeava artificialmente o reflexo de liberação. A inibição desse reflexo é o fator básico em várias complicações da lactação, pois impede o esvaziamento adequado dos seios, provocando ingurgitamento, o que dificulta ao bebê a preensão correta do mamilo, fazendo-o sugar menos; a estase do leite, por sua vez, favorece a criação de um ambiente propício a germes, facilitando a incidência de infecções e abscessos.

Drewett e Woolridge (1981) utilizaram uma balança eletrônica de alta precisão para medir a ingestão de leite em vinte e nove bebês de cinco a sete dias que mamavam em ambos os seios. Embora, em cada mamada, variasse aleatoriamente a ordem de apresentação dos seios, verificou-se

que os bebês extraíam maior quantidade de leite do primeiro seio, demonstrando que a ingestão de leite não depende apenas do montante disponível, mas é também determinada pela conduta do bebê.

As emoções afetam a lactação por meio de mecanismos psicossomáticos específicos, alguns dos quais já foram identificados. Calma, confiança e tranquilidade favorecem um bom aleitamento; por outro lado, medo, depressão, tensão, dor, fadiga e ansiedade tendem a provocar o fracasso da amamentação. As emoções podem influenciar a secreção láctea de várias maneiras: reduzindo diretamente o fluxo de sangue para os seios, reduzindo a sucção do bebê, que estimula a produção de leite, e favorecendo o estabelecimento de “rituais de amamentação” prejudiciais, tais como, por exemplo, o uso de sabão ou outros adstringentes para limpar os mamilos, que provocam ressecamento da pele, aumentando a probabilidade de mamilos doloridos ou fissurados que limitam a sucção e, portanto, contribuem para o fracasso da amamentação.

As emoções de ansiedade, medo, fadiga e dor prejudicam o reflexo de liberação através da inibição hipotalâmica da secreção de ocitocina e da liberação de epinefrina, que elimina em nível local os efeitos da ocitocina na célula mioepitelial do seio (Applebaum, 1970).

A importância de um ambiente favorável, que transmita apoio e encorajamento, já foi comentada ao se mencionarem as observações de Raphael (1973) a esse respeito. Raphael adotou o termo doula para descrever o tipo de pessoa que presta assistência e ajuda a jovem mãe a desempenhar bem suas novas funções. Esse termo é de origem grega e remonta à época de Aristóteles, quando então significava “escravo”; mais tarde, passou a designar a mulher que fica temporária e voluntariamente com a puérpera, cuidando da casa, dos outros filhos e ajudando-a a cuidar do bebê; poderia ser uma parenta, vizinha ou amiga. Raphael comenta que qualquer pessoa — inclusive um homem, por exemplo, o companheiro — pode atuar como doula, cuja função essencial é dar apoio. No entanto, comumente encontram-se atitudes críticas,

desencorajadoras e pouco confiantes por parte dos médicos, parentes e amigos da puérpera, em especial no que se refere à sua capacidade de amamentar. Diante de qualquer coisa peculiar que aconteça ao bebê, as primeiras suspeitas recaem sobre o leite materno (“é fraco”, “provoca cólicas”, “dá diarreia” ou “dá prisão de ventre”), enviando a mensagem de inadequação para a mulher como mãe. A ansiedade gerada por esse tipo de comentários pode inibir a lactação e prejudicar outras funções maternas, comprometendo o estabelecimento de uma ligação boa e tranquila.

Para Péchevis (1981), a postura da equipe de saúde é um dos fatores básicos para a continuidade da amamentação. É importante a conscientização da equipe no sentido de oferecer informação e apoio para a mulher que deseja amamentar. A influência da equipe no sentido de desencorajar ou prejudicar a amamentação é significativa: isso acontece por meio de uma postura passiva (indiferença, ou “neutralidade”, o que significa ausência de encorajamento em períodos críticos ou oportunos) ou por uma postura ativa (recomendar o uso de mamadeira assim que surgem as primeiras dificuldades). Também para Cole (1977), a equipe de saúde tem a dupla função de dar informação e apoio em períodos críticos: é o que faz a diferença entre as mulheres que continuam amamentando e as que desistem de amamentar, uma vez que em ambos os grupos as dificuldades comuns aparecem.

Martins Filho e Sanged (1982) também concluem que orientação adequada e apoio psicológico no sentido de aumentar o grau de conscientização da mãe em relação à importância do aleitamento para a saúde da criança são fatores essenciais no aumento do tempo médio de amamentação. Estudaram o índice de aleitamento materno em consultório privado com uma amostra de cento e sete crianças de classe média, média alta e alta, seguidas durante o primeiro ano de vida. Comparado com um grupo anterior não estimulado, o tempo médio de amamentação foi de três meses e meio, contra um mês e vinte dias do grupo de controle.

A primeira mamada precoce parece também ser um fator relevante na continuidade do aleitamento materno, como sugere o estudo de Winters (1973): seis mães de recém-nascidos a termo puderam amamentar seus filhos logo após o parto, ao passo que seis outras mães só tiveram contato com os filhos dezesseis horas após o nascimento. A princípio, as doze mães haviam decidido amamentar os filhos e nenhuma delas deixou de amamentar por problemas físicos. Dois meses após o parto, as seis mães que amamentaram ainda na sala de parto continuavam a amamentar, enquanto só uma das outras continuava dando o seio ao filho.

Esses estudos mostram que a amamentação, nos seres humanos, não é um comportamento puramente instintivo. Mesmo em sociedades antigas, quando a amamentação era “natural”, o que se observa é que se tratava, na verdade, de uma arte transmitida de geração a geração por um sistema de apoio (as doulas), que praticamente desapareceu nas sociedades modernas: essa função pode ser preenchida pela equipe de saúde e pelo incentivo de outros grupos de apoio como, por exemplo, a Liga do Leite Materno (“La Leche League”) e as “Amigas do Peito”.

A postura de apoio e encorajamento é um fator essencial também na questão da relactação. Martins Filho e cols. (1981) aplicaram um método baseado na confiança e no apoio psicológico, fazendo o bebê sugar com frequência o seio para estimular o aumento da produção de prolactina, condição essencial para o restabelecimento da lactação. Nos primeiros dias, a sucção ao seio acompanhava-se pela ingestão de leite por meio de uma sonda nasogástrica adaptada ao mamilo da mãe, até restabelecer a produção láctea, que costuma ocorrer entre cinco e quinze dias. Para fortalecer a confiança na possibilidade de relactação, em alguns casos, solicitava-se a ajuda de uma “mãe auxiliar”, ou seja, uma mulher que já havia passado com êxito pelo processo de relactação.

A amamentação não é apenas um processo fisiológico de alimentar o bebê, mas envolve um padrão mais amplo de comunicação psicossocial entre a mãe e o bebê e pode ser

uma excelente oportunidade de aprofundar o contato e suavizar o trauma da separação provocado pelo parto. Ao ser amamentado, o bebê literalmente volta para o corpo da mãe e reelabora aos poucos a separação, quando o desmame não é precoce nem abrupto. A relação materno-filial na amamentação pode se revestir de aspectos peculiares, tais como um maior aprofundamento do contato epidérmico e a transmissão recíproca de afeto por meio do olhar, dos movimentos rítmicos do corpo do bebê e do prazer sensual estimulado pela sucção, o que inclui a amamentação no espectro da sexualidade da mulher.

É justamente a oportunidade de maior envolvimento e aprofundamento afetivo que faz com que a amamentação seja vivenciada de forma tão assustadora por muitas mulheres. Para elas, a mamadeira simboliza um objeto intermediário que lhes dá a segurança de evitar um grande envolvimento. Sentir-se “presa” por precisar modificar de maneira parcial e temporária o próprio estilo de vida por causa da amamentação revela o medo de se ligar intensamente na relação. Para essas pessoas, o envolvimento afetivo e as grandes mudanças trazem o perigo de fusão com o outro e de perda da própria identidade. O medo de prejudicar a estética dos seios com a amamentação expressa — em analogia à necessidade de “preservar a integridade da área perineal” que motiva a cesárea eletiva — o medo mais profundo de ser mudada por uma experiência nova, de enfrentar o desconhecido e de assumir o risco de um possível fracasso.

Portanto, as atitudes diante do método de alimentação do bebê refletem, como outros aspectos da relação materno-filial, os diferentes sentimentos, expectativas e interpretações fantasiosas da mãe em relação a si própria e ao bebê. As vivências relativas ao próprio leite correspondem às da auto-imagem. Por exemplo, ainda na gravidez, é comum o temor de ter leite “fraco” ou em quantidade insuficiente — uma maneira de expressar o medo de ser uma mãe inadequada, que não vai conseguir cuidar bem do bebê. Há, mais raramente, o temor de que o leite seja “forte” demais e faça mal ao bebê, provocando-lhe diarreia ou cólicas; isso corresponde a fantasias de

envenenamento, de que as coisas ruins que crê existir dentro de si se transmitam ao bebê e lhe sejam nocivas.

O bebê amamentado pode ser percebido de várias maneiras: como rejeitador, se tem dificuldade de pegar o mamilo, se mama muito devagar, ou se dorme durante a mamada; como devorador e agressivo, se mama avidamente como se estivesse “atacando” o seio; como voraz, sugador, insaciável, que “seca” a mãe, fazendo-a sentir-se insuficiente e necessitada da “proteção” das mamadeiras que complementam as mamadas ou até mesmo desistindo de amamentar. A autora observou um caso em que o simbolismo do leite expressava claramente o autoconceito da mãe: tratava-se de uma primípara muito dependente da própria mãe e que morava com os pais; após a alta hospitalar, era a mãe dela quem cuidava do bebê, porque ela própria sentia-se incapaz e desajeitada. Apesar de ter bastante leite, dava mamadeiras complementares após cada mamada; depois de algumas semanas, sentiu-se mais encorajada para cuidar do bebê sozinha e, curiosamente, desapareceu a necessidade de complementar as mamadas ao seio.

O processo do aleitamento será determinado, em grande parte, por esses matizes intrapsíquicos. Assim, na mulher ambivalente que sente dificuldades de formar com a criança o contato íntimo e sensual favorecido pela amamentação, mas que, ao mesmo tempo, não se permite optar sem culpa pela alimentação artificial, podemos observar mecanismos sabotadores que criam obstáculos “objetivos” que impedem a amamentação. Por exemplo, permitir um tempo de sucção exagerado; não colocar o bebê em posição correta para mamar, ou não interromper adequadamente a sucção, provocando pressão dolorosa do mamilo, o que resulta em mamilos doloridos ou fissurados; não tratar de forma adequada um princípio de lesão, deixando que esta se agrave até culminar em rachaduras profundas ou em infecções; ou então conceder um tempo de sucção insuficiente, o que resulta de início em ingurgitamento dos seios e, depois, na diminuição do suprimento do leite, que poderá, então, ser interpretado como “fraco”. Na raiz de muitos casos de ambivalência em relação à amamentação

encontra-se uma dissociação profunda entre maternidade e sexo: a mulher que não amamenta por considerar os seios como símbolos sexuais e a amamentação como algo “puro”, destituído de sensualidade; e a mulher que amamenta, mas deixa de utilizar os seios como fonte de prazer erótico, empobrecendo sua sexualidade.

Na escolha dos esquemas de horários, tanto na alimentação natural quanto na artificial, também atuam vários fatores sociais e individuais. Spitz (1958) comenta que, nos Estados Unidos, da Primeira Guerra até por volta de 1935, predominava o behaviorismo e, na educação de crianças, isso se refletia na prática de horários fixos com quantidades preestabelecidas com o objetivo de não “mimá-las”; com isso, deixava-se de considerar as necessidades e o ritmo próprios de cada bebê; além disso, aconselhava-se às mães a não criar maus hábitos na criança, deixando-a no berço quase todo o tempo. A partir de 1935 até mais ou menos 1950, observou-se o movimento contrário: a atmosfera de maior permissividade refletiu-se na adoção de horários livres e na quantidade que o bebê desejasse, ficando a cargo dele o estabelecimento espontâneo do intervalo entre as mamadas. A tendência contemporânea é reconhecer a necessidade de dar ao bebê um arcabouço de organização que seja flexível para ajustar-se às suas flutuações.

Com o maior conhecimento do funcionamento da mente infantil, sabemos que, nas primeiras semanas, o bebê sente que seu desconforto durará para sempre, já que ainda não percebe que a mãe e o mundo são capazes de atender às suas necessidades; ao deixarmos o bebê chorar por muito tempo ou esperar demais pelo alívio de suas necessidades urgentes, confirmamos a sensação de um mundo hostil e inseguro, povoado de pessoas com as quais não pode contar, e isso aumenta o desespero e a sensação de desamparo do bebê.

No que concerne aos fatores individuais, vemos que cada mãe “interpreta” o esquema de horários de uma forma peculiar. Muitas vezes, quando o horário fixo é cumprido à risca, observa-se uma dinâmica de rigidez intensa, em que a flexibilidade é temida pelo perigo de tornar o bebê indisci-

plinado e voluntarioso. A mãe teme ceder e ser dominada pelo bebê. A dinâmica oposta é observada na adoção do horário livre — a permissividade, a tendência a girar em torno das necessidades do bebê, sem cuidar das próprias necessidades. Spitz (1958), ao verificar a inexistência das “cólicas” nos bebês criados em orfanato e sua alta incidência em bebês cujas mães se mostravam exageradamente solícitas (quadro de solicitude ansiosa primária), comentou que a escolha do horário livre já implica uma atitude de solicitude básica da mãe; além disso, em muitos casos, a mãe tende a interpretar como fome todas as manifestações do bebê e reage dando-lhe alimento. Não reconhece que, nas primeiras semanas, todo aumento de tensão se descarrega pela atividade oral e, em muitos momentos, a sucção da mamada satisfaz apenas temporariamente essa necessidade; no entanto, quando pouco depois o bebê chora, seu choro é de novo interpretado como fome e a mãe dá alimento outra vez e desnecessariamente, sobrecarregando o estômago do bebê e fechando o círculo vicioso.

A partir da década de 1990, o Ministério da Saúde no Brasil tem elaborado alguns programas que reconhecem a importância do atendimento às necessidades físicas e emocionais da “família grávida” e seus vínculos com o feto e, posteriormente, com o bebê. Neste sentido, adotou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, formulada pela Organização Mundial da Saúde em 1990, para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno mudando condutas e rotinas com o objetivo de incentivar o aleitamento materno, em vez de manter as que acabam acarretando o desmame precoce. Os profissionais são devidamente capacitados para realizar esse trabalho por meio de um programa formulado em dez passos. Alguns deles são: estimular o início da amamentação na primeira hora de vida e o contato prolongado pele a pele entre a mãe e o bebê desde o nascimento; garantir que mães e bebês permaneçam em alojamento conjunto vinte e quatro horas por dia; orientar que os bebês sejam amamentados sempre que quiserem, e o quanto quiserem.

Além disso, em 2008, o Ministério da Saúde lançou a

Rede Amamenta Brasil, uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na Atenção Básica que surgiu da necessidade de compreender a amamentação como um processo não apenas biológico, mas também social e cultural. E, no esforço de integrar diversas iniciativas de assistência à família, foi lançada pelo Governo Federal, em 2011, a Rede Cegonha, com o objetivo de garantir atendimento de qualidade, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê.

A relevância do contato precoce para o desenvolvimento do bebê

As observações do feto em seu ambiente uterino, por meio de fotografias e de ultrassom, modificaram a visão tradicional do útero como “paraíso estável”. Apesar disso, a vida intrauterina oferece um ambiente bem mais constante do que o mundo extrauterino, quando a gravidez evolui normalmente, sem ameaças de aborto, parto prematuro ou problemas placentários que possam resultar em deficiências no transporte de nutrientes ou de oxigênio. Em condições normais, a placenta provê uma infinidade de elementos que garantem a sobrevivência tranquila para que o feto desenvolva-se de modo saudável.

Quando o bebê nasce, a mãe assume o papel da placenta ao cuidar da nutrição e do bem-estar de seu filho. A adaptação ao ambiente extrauterino é gradual: com o nascimento, instala-se o ciclo satisfação-insatisfação, e o bebê passa a conhecer os efeitos da privação de oxigênio, da fome, das oscilações de temperatura e de várias estimulações luminosas, auditivas e táteis. Nesse universo tão diferente, o contato epidérmico entre mãe e bebê é especialmente relevante: é através dele que a criança se relaciona com o mundo, abrindo-se para novas experiências. Esse contato corporal é a origem principal do bem-estar, segurança e afetividade, dando ao bebê a capacidade de procurar novas experiências.

Para Montagu (1971), a pele é o órgão sensorial primário do bebê, e a experiência tátil é fundamental para seu desenvolvimento. A privação de contato epidérmico, tal

como evidenciam vários estudos, resulta em distúrbios físicos e emocionais graves. Montagu comenta que a síndrome de privação materna — que se refere aos efeitos do montante mínimo de cuidados maternos — envolve graves privações táteis. É interessante observar que a pele das crianças privadas de afeto apresenta hipotonicidade e palidez intensa, nem sempre devido à redução de hemoglobina. A importância da relação afetiva para o desenvolvimento global do bebê é sugerida, por contraste, pelas observações de Spitz (1958) de noventa e um bebês que apresentavam a síndrome de hospitalismo: todos tinham sido amamentados pelas próprias mães até três meses e apresentavam desenvolvimento normal; foram, então, desmamados e colocados numa instituição, entregues a atendentes que tinham cada uma dez crianças para cuidar. Do ponto de vista material (alimentação, higiene, alojamento etc.) o atendimento era satisfatório, mas estavam carentes de afeto. Logo após a separação, evidenciavam o quadro de depressão anaclítica: choro, maior necessidade de atenção; gritos, perda de peso e parada do desenvolvimento; recusa de contato, maior perda de peso, retardo motor, rigidez de expressão facial; cessação do choro, substituído por gemidos estranhos; aumento do retardo; letargia e, em seguida, passavam a apresentar passividade total e absoluta inexpressividade. O desenvolvimento continuou decrescendo e, com cerca de dois anos, as crianças apresentavam nível intelectual correspondente à idiotia; algumas crianças observadas por Spitz, aos quatro anos, não conseguiam andar nem falar. Em geral, essas crianças apresentavam também pouca resistência a infecções e deterioravam progressivamente, sendo alto o índice de mortalidade. Spitz menciona também que, em outra instituição, onde observou duzentas e vinte crianças criadas pelas próprias mães, não houve um só caso de morte.

Montagu (1971) cita a experiência do Hospital Bellevue em Nova York, que introduziu a prática de “cuidados maternos” na seção de pediatria, observando-se a queda do índice de mortalidade de 35% para menos de 10%. Bakwin (1969), que também fez observações em crianças com

hospitalismo, comenta sobre a rapidez surpreendente de recuperação dessas crianças quando colocadas em ambiente mais afetivo: o bebê fica mais atento e alegre; a febre, quando presente no hospital, desaparece em vinte e quatro ou setenta e duas horas; há um rápido aumento de peso e melhora da cor e tonicidade da pele.

Os quadros de depressão anaclítica e hospitalismo demonstram, através de sua extrema gravidade, que a ausência de uma boa relação objetal causada pela carência afetiva parcial ou total prejudica todos os aspectos do desenvolvimento. E a evidência sugere que a satisfação tátil na infância é indispensável para um desenvolvimento saudável. Portanto, a necessidade de estimulação tátil é uma necessidade básica, essencial para a sobrevivência do organismo, tal como a necessidade de oxigênio, líquidos, alimentos, sono, atividade, eliminação de resíduos e evitação do desprazer e do perigo.

Klaus e Kennell (1978) comentam que, no início do século XX, a grande morbimortalidade dos pacientes hospitalizados em decorrência de doenças transmissíveis fez com que se adotassem medidas rigorosas de isolamento. Até mesmo em torno de 1940, em unidades de pediatria, a conduta de rotina consistia em separar por completo a criança hospitalizada dos pais no período de internação. Essa rotina abrangia o atendimento a bebês pré-termo, resultando em assistência precária às necessidades emocionais das famílias desses bebês.

Após a Segunda Guerra Mundial, começaram a surgir, em algumas partes do mundo, experiências diferentes em termos de assistência a bebês pré-termo. Devido à deficiência de pessoal, um hospital da África do Sul permitiu a participação das mães no cuidado e na alimentação de seus bebês: observou-se que não aumentou o índice de infecções; ao contrário, a maioria dos bebês sobreviveu em excelentes condições.

Um estudo de Barnett e cols. (1970) mostrou que, em 1970, apenas 30% dos hospitais americanos permitiam a entrada das mães no berçário dos pré-termo; estudando os vários níveis de privação de contato entre mães e bebês, os

autores concluíram que só as mulheres cujos bebês tinham nascido a termo em suas próprias casas não passavam por nenhum período de privação de contato com os filhos recém-nascidos.

A rotina hospitalar tradicional, que separava mãe e filho, resultava em privação de estimulação cutânea: a criança era colocada em contato com a mãe rapidamente algumas horas após o parto, e, durante o período de internação, esse contato acontecia a cada três ou quatro horas para mamar cerca de vinte a quarenta minutos.

Muitos estudos comprovaram a existência de um período sensível na mãe, nas primeiras horas após o parto, que seria o momento mais propício para a formação de um vínculo afetivo especial com o bebê. Esse seria um período de maior sensibilidade para interagir com o recém-nascido e formar um vínculo com ele. Kennell, Trause e Klaus (1975) definem “vínculo” como uma relação afetiva singular e duradoura entre duas pessoas: embora seja difícil encontrar uma definição operacional, consideram-se como indicadores de vínculo pais-bebê comportamentos como acariciar, beijar, tocar e olhar com a finalidade de manter contato e demonstrar afeto. Os vários estudos realizados por Klaus, Kennell e colaboradores, muitos dos quais serão examinados a seguir, sugerem que, durante esse período sensível, o contato ou a separação entre mãe e recém-nascido tende a alterar as características do vínculo, a curto, médio e longo prazo. Esses autores acreditam que durante esse período sensível ocorrem múltiplas interações entre mãe e bebê que influenciam de maneira decisiva o desenrolar do vínculo.

É necessário, no entanto, esclarecer que a noção de período sensível é diferente da noção de imprinting, no sentido de que não há um momento além do qual a formação do vínculo seja impossível. O vínculo pode se formar após o período sensível, embora com maior dificuldade. Investigar a natureza desse período sensível em mães humanas é difícil, pelo fato de que o comportamento humano é determinado por inúmeros fatores, tais como as experiências passadas da mulher com sua mãe, os padrões culturais, o contexto em que acontece a gravidez, a

qualidade do vínculo com o pai da criança.

A modificação da conduta materna decorrente da separação precoce dos filhotes é mais simples de observar. Como mostram os estudos de Colhias (1956), Hersher e cols. (1958) e Rheingold (1963), em alguns animais, tais como a cabra, a vaca e a ovelha, a separação entre mãe e filhotes logo após o parto, mesmo por poucas horas, provoca distúrbios graves na conduta materna, tais como a recusa de cuidar dos filhotes ou alimentar indiscriminadamente a própria cria e filhotes alheios. Em contraposição, se mãe e filhotes permanecem juntos nos quatro primeiros dias e são separados no quinto dia durante poucas horas, não se observam distúrbios da conduta materna, o que comprova a existência de um período especial para a formação do vínculo, nesses animais, logo após o nascimento. Vale ressaltar que essas alterações da conduta materna não ocorrem em todas as espécies.

Paralelamente, há estudos que examinam a existência, no recém-nascido, de um período de intensa receptividade à mãe, imediatamente após o nascimento, o que faria da interação pais-bebê nesse momento um período especial do vínculo. O estudo de Desmond e cols. (1966) sugere que as primeiras horas após o parto constituem um período sensível também por parte do recém-nascido: esses autores partem das observações de Wolff (1959), que distingue seis estados de consciência no recém-nascido, desde o sono profundo até o choro. Um desses estados — sereno e alerta — tem duração fugaz nos primórdios da vida. Desmond e cols. (1966) detectaram a presença desse estado por um período de quarenta e cinco a sessenta minutos na primeira hora após o nascimento. Nesse período, o recém-nascido enxerga e orienta a cabeça na direção das vozes das pessoas; em seguida, costuma dormir durante três a quatro horas. É, portanto, na primeira hora de vida extrauterina que o bebê se encontra em condições ideais para estabelecer contato com os pais.

O estudo de McLanghlin e cols. (1981) confirma esses dados: observaram nove recém-nascidos durante a primeira hora após o parto e durante o segundo dia de vida — os

bebês mostraram-se significativamente mais alertas durante a primeira hora do que no segundo dia de vida.

Alguns estudos sugerem a existência de um comportamento específico da espécie nos primeiros contatos dos pais com o recém-nascido, que podem ser alterados com a prática hospitalar de separação precoce. Klaus e cols. (1970) analisaram fotografias tiradas a cada segundo durante os primeiros dez minutos de contato entre doze mães e seus bebês meia hora após o nascimento: os bebês a termo eram colocados nus ao lado da mãe. Verificou-se uma progressão ordenada do toque: nos primeiros três minutos, em 52% do tempo as mães tocaram os bebês com a ponta dos dedos e 28% do tempo com a palma das mãos; nos últimos três minutos de observação, o toque com a ponta dos dedos diminuiu para 28% do tempo e com a palma das mãos aumentou para 62%.

Também no pai do recém-nascido foi observado um comportamento semelhante. McDonald (1978) observou pais na faixa de vinte e três a trinta e um anos que tinham assistido ao parto normal de suas mulheres. Filmou os primeiros nove minutos após o parto, dividindo o filme em três segmentos para serem avaliados em relação à ocorrência e à duração de contato visual, contato face a face, toque com a ponta dos dedos e com a palma das mãos. Observou-se uma sequência estável de conduta paterna nesse primeiro contato com o recém-nascido nos primeiros três minutos após o nascimento.

Salk (1970) investigou os possíveis efeitos da separação pós-parto nas reações da mãe em outro tipo de conduta: observou que as mães, tanto as canhotas quanto as destros, tendem a segurar automaticamente os bebês do lado esquerdo, próximo ao coração. Comparou cento e quinze mães separadas de seus bebês por vinte e quatro horas ou mais com duzentas e oitenta e seis mães que não sofreram a separação pós-parto: verificou que, no primeiro grupo, essa reação “instintiva” aparecia muito menos, o que sugere que a separação precoce pode alterar padrões de comportamento materno.

Uma série de três estudos longitudinais sugere que a

separação entre mãe e bebê nas primeiras horas e dias após o nascimento pode provocar alterações duradouras na conduta materna. O primeiro estudo dessa série foi o de Klaus e cols. (1972) no qual um grupo de mães de recém-nascidos normais e a termo tiveram um total de dezesseis horas a mais de contato com seus filhos nos três primeiros dias após o parto do que o grupo de controle. Os resultados desse estudo mostraram diferenças significativas de comportamento materno entre os dois grupos.

Para verificar se essas diferenças persistiriam após o primeiro mês de vida, as vinte e oito mães e seus bebês foram novamente observados durante uma hora e meia quando os filhos completaram um ano. Nessa ocasião, pesquisadores que não haviam tido contato anterior com essas mães realizaram um exame físico das crianças e entrevistaram as mães. Novamente, verificaram-se diferenças de conduta materna nos dois grupos (Kennell e cols, 1974).

O terceiro estudo dessa série focalizou a conduta linguística desses dois grupos de mães quando as crianças completaram dois anos de idade. Compararam-se os padrões de fala das mães com seus filhos, numa situação lúdica informal. Os resultados mostraram que as mães que tiveram as dezesseis horas extras de contato pós-parto empregavam uma quantidade significativamente maior de perguntas, adjetivos, palavras por frase e davam menos ordens do que as mães do grupo de controle (Ringler e cols., 1975). Os autores sugerem que as mães do grupo experimental conseguiram uma percepção mais aguçada das necessidades dos filhos, avaliando e interpretando melhor a ampliação do ambiente externo, o que possivelmente beneficiaria o futuro desenvolvimento linguístico e cognitivo. Os resultados desse estudo sugerem que as poucas horas extras de contato precoce após o nascimento podem ter influência sobre o ambiente linguístico que a mãe proporciona ao filho nos primeiros anos de vida, o que, por sua vez, pode influir na futura capacidade de aprendizagem da criança.

Há autores que salientam o risco de superestimar a

importância dos períodos breves de separação entre mãe e filho após o nascimento e, em contraposição, subestimar a influência de outras variáveis potencialmente relevantes, tais como a paridade, o sexo da criança ou a classe social da família. Leiderman e Seashore (1975) estudaram dois grupos de mães de bebês pré-termo: o grupo de controle, composto por vinte mães, foi submetido à rotina convencional do berçário de cuidados intensivos, ou seja, podiam ver os bebês pelo vidro do berçário durante todo o período de permanência (três a doze semanas). As vinte e duas mães do grupo experimental tiveram permissão de entrar no berçário e ter contato direto com os bebês durante todo o período de permanência.

Quando os bebês completavam 2 100 g, eram transferidos para outro berçário, onde permaneciam por sete a dez dias, até atingirem 2 500 g. Durante esse período, as mães de ambos os grupos tinham permissão de entrar no berçário e cuidar dos bebês, inicialmente sob supervisão de uma enfermeira e, depois, por conta própria. Quando o bebê completava 2 500 g, recebia alta. Formou-se também um grupo de comparação, composto por vinte e quatro mães de crianças nascidas a termo, de partos normais, alimentadas por mamadeira, com quatro a cinco contatos diários na hora das mamadas, a alta hospitalar sendo dada três dias após o parto.

Os três grupos foram comparados onze meses após o nascimento: por essa época, as únicas condutas que apresentavam diferenças entre os grupos foram o sorriso e o toque. As mães das crianças nascidas a termo sorriam mais para os filhos do que as mães dos pré-termo; as mães do grupo experimental tocavam os filhos mais do que as do grupo de controle. As diferenças entre as crianças nascidas a termo e os pré-termo diluíram-se com o tempo.

Em contraste com alguns estudos de outros autores, os resultados dessa pesquisa sugerem que a rotina assistencial do berçário dos pré-termo não exerce efeitos significativos e duradouros sobre a conduta materna e quase nenhum efeito sobre o comportamento e o rendimento das crianças. Por outro lado, diferenças de conduta materna variam segundo

a ordem de nascimento, o sexo da criança e a classe social da família. Os primogênitos costumam ser os favoritos: esse dado faz sentido numa sociedade patrilinear que valoriza a realização masculina mais do que a feminina.

Outro resultado desse estudo é que as mães das classes média e alta falam e sorriem mais para os filhos e dão a eles mais liberdade, em comparação com as mães de classes menos favorecidas. Segundo os autores, esse dado pode ser explicado a partir de uma perspectiva sociocultural: o nível cultural mais alto das mães das classes média e alta as faz acreditar na importância de oferecer estimulação adequada para as crianças; além disso, as dificuldades cotidianas das famílias pobres podem contribuir para que as mães desse grupo sejam mais tensas e preocupadas, mais limitadas em suas opções e mais orientadas para o presente imediato do que para a construção de um futuro. Portanto, os autores questionam a possibilidade de uma perspectiva etiológica simples explicar o desenrolar do vínculo de mãe e filho, uma vez que descreve a conduta materna como sendo específica da espécie e pouco influenciada pelas experiências passadas da mãe ou pelos valores culturais. Em estudos mais complexos, torna-se possível avaliar os efeitos dessas outras variáveis sobre a conduta materna, além dos efeitos do nascimento pré-termo e do montante do contato precoce entre mãe e bebê.

Em um estudo de Senechal (1979), as mães do grupo experimental tiveram contato precoce prolongado com seus bebês durante as primeiras duas horas de vida, enquanto para o grupo de controle esse contato se dava dez horas após o nascimento. Das noventa e quatro díades observadas, cinquenta e uma voltaram para avaliação seis meses após: não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos em termos de saúde, índice de amamentação, parâmetros de relação mãe-filho e desenvolvimento psicomotor. O mesmo tipo de resultado foi encontrado num estudo de Schaller e cols. (1979) com quarenta e cinco díades de mães e filhos: as mães que tiveram contato prolongado pós-parto evidenciavam maior frequência de contato físico com os bebês na primeira semana após o

nascimento, em comparação com o grupo de controle, submetido à rotina comum; no entanto, essa diferença não foi observada cinco semanas mais tarde e nenhum outro tipo de conduta observada pareceu ser modificado pelo contato prolongado.

Mas, para outros autores, a privação do contato olho-a-olho e pele-a-pele entre mãe e recém-nascido perturba esse início da “dança sincronizada do vínculo”. Há uma mescla de ocitocina, prolactina e opiáceos naturais que forma um “adesivo da natureza” ligando mãe e bebê que permanecem em contato logo após o nascimento (Axness, 2012). As observações submetidas a análises computadorizadas de movimentos sutis revela que as interações entre mãe e bebê são diálogos altamente organizados e sofisticados, sincronizando a intensidade emocional de ambos (Lewis, 2000). Essas interações sintonizadas são altamente nutritivas para o desenvolvimento dos bebês (Schore, 2002). Porém, em virtude dos resultados contraditórios de diferentes estudos, a maioria dos quais bem conduzidos, torna-se óbvia a necessidade de continuar a investigação nessa área: as variáveis que constroem e afetam os primórdios do vínculo pais-bebê ainda precisam ser mais bem elucidadas.

A questão dos bebês pré-termo é outra área que necessita de investigação mais refinada. Eles sofrem maiores períodos de separação e privação de contato do que os bebês saudáveis nascidos a termo. A incubadora exerce, por um lado, uma função protetora de possíveis fontes de infecção; por outro lado, priva de fontes de estimulação habitualmente presentes tanto no ambiente intrauterino quanto no extrauterino. Torna-se, portanto, necessário investigar com mais cuidado os efeitos dessa privação sensorial no desenvolvimento dessas crianças.

Como mostra o Manual do Método Canguru (Ministério da Saúde, 2009), o nascimento antes do termo interrompe abruptamente a vida em meio aquático, sem a ação da gravidade que facilita o movimento fetal, a estimulação vestibular (pela movimentação materna) e a contenção oferecida pelo útero e pela placenta. O bebezinho precisará

fazer uma adaptação enorme na passagem prematura do ambiente uterino para o da UTI neonatal, com os inevitáveis procedimentos invasivos e dolorosos no período em que permanece internado, submetido aos cuidados intensivos.

A questão da dinâmica familiar no nascimento pré-termo é outro aspecto importante a ser considerado. Para Kaplan e Mason (1960), a mãe que dá à luz um filho prematuro tem quatro tarefas a enfrentar: interromper sua relação com o filho dentro de si e preparar-se para a possibilidade de que ele não consiga sobreviver; lidar com possíveis sentimentos de fracasso e incapacidade por não ter conseguido levar a gestação a termo; renovar seu vínculo com o bebê à medida que aumenta sua possibilidade de sobrevivência e preparar-se para a alta hospitalar; aprender a atender as necessidades especiais de um bebê pré-termo sem perder de vista a perspectiva de que, após algum tempo, deverá tratá-lo como uma criança normal.

Hynan (1991) considera que o nascimento de um bebê pré-termo é uma crise dolorosa que deixa marcas profundas na história familiar; não adianta tentar minimizar a dor e o tumulto emocional que isso representa. É normal que os pais sintam medo, tristeza, raiva e sentimentos de culpa e de impotência, além de outras emoções combinadas nas mais variadas formas. Os pais podem atravessar melhor essa crise quando aceitam esses sentimentos gerados pela realidade de um período difícil. Os profissionais envolvidos na assistência podem oferecer uma ajuda valiosa quando estão dispostos a ouvir e a entender o que se passa com os pais.

Separar-se do bebê que fica internado na UTI abala profundamente a família. Há a dor do sentimento de exclusão, quando não há uma boa interação com a equipe assistencial. É essencial que a equipe se sensibilize para a necessidade de ajudar os pais a se sentirem incluídos no cuidado com o recém-nascido internado. A equipe de enfermagem tem um papel preponderante para aliviar a ansiedade dos pais e contribuir para uma boa formação do vínculo com o filho, estimulando-os a acariciar o bebê, conversar com ele, cantar para ele. Embora os cuidados

assistenciais precisem centrar-se no bebê internado, é preciso considerar os pais como parte do sistema para evitar o sentimento de exclusão e aumentar o sentimento de pertencimento por meio da participação. Ao pesquisar sobre o sentimento de exclusão durante o período de internação do bebê, Wigert e cols. (2006) encontraram intensa mobilização emocional em decorrência desse sentimento até seis anos após a alta do filho.

Blake e cols. (1975), observando cento e sessenta bebês pré-termo (peso de nascimento inferior a 1 500 g) e suas famílias, mostraram que a crise emocional desencadeada pelo nascimento de um bebê de baixo peso costuma prolongar-se por várias semanas, inclusive após a alta hospitalar, mesmo com uma rotina assistencial que permite livre acesso dos pais ao berçário, estimulando-os a cuidar pessoalmente do filho, na medida do possível. Esses autores observaram que a duração e a intensidade da crise variam segundo alguns parâmetros: as mães que recebiam mais apoio do pai da criança tendiam a apresentar menos dificuldades; personalidade materna rígida e predisposição a sentimentos de culpa e fracasso prolongavam a crise. No entanto, a maioria dos pais conseguiu formar uma relação satisfatória com os filhos, apesar da tendência à superproteção e maior nível de ansiedade. Graus extremos de dificuldade de relacionamento surgiram em mães com distúrbios graves de personalidade. Os autores reconhecem a existência de três fases características nos primeiros seis meses de vida, após a alta hospitalar do bebê prematuro: a fase da “lua de mel”, quando finalmente conseguem ter o filho em casa. Apesar da apreensão e das dúvidas quanto à própria capacidade de cuidar do filho, predomina a euforia na primeira visita médica, sete a dez dias após a alta. Em torno de duas semanas mais tarde, em geral verifica-se a “fase da exaustão”, em que a mãe tipicamente passa a queixar-se de pequenos problemas com o bebê. Por volta da época em que o bebê começa a sorrir, costuma ter início uma fase mais tranquila, em que a mãe demonstra mais prazer e confiança em cuidar do filho.

Como mostra Bentovim (1972), ter um bebê de baixo peso é, em muitos aspectos, semelhante a ter um bebê

malformado: em ambas as situações, há um trabalho de luto a ser feito, em decorrência da perda da possibilidade de ter um bebê a termo e saudável; além disso, em ambos os casos, costumam surgir sentimentos de desespero, rejeição, revolta e culpa. A equipe de saúde, nesses casos, precisa ser uma fonte de apoio para os pais, despreparados para cuidarem de um bebê tão pequeno.

Na assistência, gestos e atitudes sensíveis, tais como dar à mãe uma foto de seu bebê pré-termo, podem ter grande significado: Huckabay (1987) selecionou quarenta mães (entre dezesseis e quarenta e cinco anos) de prematuros internados em UTI neonatal. Vinte receberam uma foto de seus bebês, e as outras vinte não. Todas podiam visitar seus bebês em qualquer horário. Os resultados da observação do vínculo antes e depois do teste mostraram que as mães que receberam a foto evidenciaram comportamento vincular mais intenso. Isso sugere que essa simples atitude de equipe assistencial pode contribuir positivamente para a construção do vínculo materno-filial.

Há estudos que sugerem que muitas das deficiências que os pré-termo apresentam nos primeiros meses podem ser, pelo menos em parte, devidas à privação sensorial. Um estudo preliminar de Sokoloff e cols. (1969) sugere que o ambiente controlado, impessoal e monótono da incubadora, onde o bebê permanece durante dias, semanas ou meses, pode surtir efeitos indesejáveis no desenvolvimento físico e emocional. Esses autores compararam cinco bebês pré-termo submetidos à rotina convencional do berçário de alto risco com outros cinco que foram acariciados cinco minutos por hora durante dez dias. Esses bebês apresentaram maior índice de atividade, recuperaram o peso do nascimento mais rapidamente, choravam menos e, sete meses após, foram julgados mais saudáveis e ativos, segundo critérios de avaliação de desenvolvimento motor.

Hainline e Krinsky-McHale (1994) comentam que o progresso da medicina e da tecnologia permitiu a sobrevivência de bebês nascidos meses antes do termo, em um ambiente hospitalar especial — a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. No entanto, aumenta a

preocupação e o número de estudos que mostram que a alta tecnologia da UTI neonatal, embora salve muitas vidas, pode ter efeitos nocivos duradouros no desenvolvimento fisiológico e social das crianças. As autoras sugerem a integração dos recursos técnicos com medidas capazes de aperfeiçoar o atendimento dos bebês, tais como a inclusão do uso terapêutico do toque e das massagens suaves na rotina assistencial. Lorch e cols. (1994), no âmbito da musicoterapia para bebês, estudaram os efeitos de músicas estimulantes e sedantes no ritmo respiratório e dos batimentos cardíacos de dez bebês pré-termo nascidos entre trinta e três e trinta e cinco semanas de gestação internados em UTI neonatal. Verificaram que as músicas sedantes os acalmaram e estabilizaram, reduzindo o uso de sedativos quando precisavam do respirador.

Kennell e cols. (1975) compararam históricos de crianças submetidas a maus-tratos com irmãos bem tratados e verificaram que, nos casos de maus-tratos, havia uma incidência significativamente maior de gestações de risco, partos complicados, separações prolongadas nos primeiros seis meses de vida, doenças da criança no decorrer do primeiro ano de vida. Outros estudos indicam também uma grande incidência de nascimento pré-termo no grupo das crianças espancadas (de 23 a 31% dos casos), brutalizadas, negligenciadas ou até mesmo assassinadas. Schloesser e cols. (1992) propõem investigações aprofundadas para os casos de grave negligência e morte de crianças pequenas com a finalidade de melhorar a eficácia dos programas de prevenção e assistência a famílias de risco: ao examinarem os antecedentes da morte de cento e quatro crianças pequenas decorrentes de negligência e maus-tratos, verificaram grande incidência de mães adolescentes e solteiras, baixo nível educacional, acompanhamento pré-natal inadequado ou inexistente, complicações na gravidez e baixo peso de nascimento. Esses dados mostram não apenas a importância de trabalhos preventivos antes e após o nascimento, como também a modificação das práticas assistenciais, no sentido de evitar a separação indevidamente prolongada. Promover o contato precoce entre pais e bebê deve ser a regra e não a exceção.

Scarr, Salapatek e Williams (1973) comentam que a literatura científica sobre crianças com lesões cerebrais de classe social baixa sugere que programas educacionais precoces tendem a beneficiar o funcionamento futuro dessas crianças; sem essa estimulação especial, o nível intelectual dos bebês pré-termo tende a ser significativamente inferior, em comparação com crianças nascidas a termo, sobretudo nas classes sociais menos favorecidas. Nesse estudo, os autores tinham por objetivo verificar se um programa de estimulação precoce teria efeitos benéficos para bebês pré-termo de alto risco neurológico, provenientes de famílias socialmente carentes: um grupo de bebês pré-termo (com peso de nascimento inferior a 1800 g) recebeu estimulação visual, tátil e cinestésica durante seis semanas no berçário e, depois, fizeram-se visitas domiciliares semanais para melhoria do nível de cuidados maternos até as crianças completarem um ano de idade. Testes realizados na quarta semana de vida e avaliação de inteligência com um ano de idade mostraram maior progresso no desenvolvimento dos bebês do grupo estimulado.

Kramer e Pierpont (1976) criaram um programa de estimulação precoce baseado na simulação de algumas características do ambiente intrauterino. Para os vinte bebês pré-termo estudados, a visita dos pais e a interação com a mãe eram amplamente permitidas. Porém, os nove bebês do grupo experimental receberam um programa de estimulação durante a permanência na incubadora que consistia em colocar o bebê em um colchão de água que era suavemente balançado durante uma hora antes de cada mamada; nesse período, tocava-se também uma fita com a gravação de batimentos cardíacos e uma voz feminina. Observaram-se diferenças significativas entre os dois grupos: os bebês estimulados apresentaram maior ganho ponderal e maior aumento da circunferência da cabeça e do diâmetro biparietal; além disso, sugavam melhor, comiam mais e eram mais ativos do que os bebês não estimulados.

Portanto, esses estudos sugerem que tocar, acariciar e oferecer estímulos visuais, táteis e auditivos ao pré-termo durante a permanência na incubadora contribui beneficentemente para seu desenvolvimento. Porém, é

necessário investigar melhor os tipos de estimulação mais adequados: talvez um excesso de estimulação não seja recomendável. É importante aumentar o número de estudos longitudinais sobre as diferenças de desenvolvimento de bebês pré-termo e de crianças nascidas a termo. Uma das poucas pesquisas sobre esse tema é a de Grigoroiu-Serbănescu (1981), que estudou trezentas e dezessete crianças nascidas antes do termo e setenta e oito nascidas a termo durante os cinco primeiros anos de vida. Encontrou menor índice de desenvolvimento emocional e de inteligência nos pré-termo, durante os três primeiros anos de vida, especialmente nas crianças de sexo masculino nascidas com menos de vinte e nove semanas de gestação; no entanto, após três anos, não se conseguiu mais observar diferenças significativas de desenvolvimento nesses dois grupos.

Crianças nascidas pré-termo e que vivem na pobreza apresentam maiores fatores de risco. A qualidade dos cuidados recebidos em casa faz diferença no desenvolvimento da “resiliência”, definida como força interior para enfrentar as dificuldades da vida. No estudo de Bradley e cols. (1994), que avaliou a eficácia de um programa de Saúde Infantil e Desenvolvimento, apenas vinte e seis das duzentas e vinte e três crianças nascidas pré-termo cujas famílias não participaram do programa foram consideradas resilientes aos três anos, comparadas com as cinquenta e nove das cento e cinquenta e três crianças cujas famílias participaram do programa. As crianças consideradas resilientes eram cuidadas, em seus lares, com mais responsabilidade, organização, aceitação e estimulação.

Em linhas gerais, o estudo concluiu que as crianças nascidas pré-termo e que vivem na pobreza têm pior prognóstico nos parâmetros gerais do desenvolvimento; no entanto, aquelas que são criadas em um ambiente que oferece pelo menos três fatores protetores, com famílias que participaram do programa de intervenção, demonstraram índices mais altos e mais precoces de resiliência.

O fato é que os progressos tecnológicos da Neonatologia

possibilitam que um número crescente de bebês pré-termo de muito baixo peso sobreviva. Mas, para garantir o bom desenvolvimento emocional, é preciso cuidar também da qualidade dos vínculos dos bebês com suas famílias e com a equipe assistencial. Com o objetivo de promover melhor esses vínculos foi criado, na Colômbia, em 1979, o Método Canguru que estimula intenso contato pele a pele precoce entre o bebê e seus cuidadores, facilitando também maior estabilidade térmica e desenvolvimento geral. Trata-se, portanto, de um modelo de assistência humanizada perinatal que integra diversas estratégias de intervenção biopsicossocial. A “posição canguru” consiste em manter o bebê pré-termo em contato pele a pele na posição vertical aninhado ao tórax da mãe, do pai ou de outros cuidadores, sob a orientação de uma equipe de saúde treinada nesse método.

Portanto, no Método Canguru, a mãe e outros cuidadores substituem progressivamente a incubadora, mantendo o bebê aquecido ao aconchegá-lo junto ao corpo. A primeira etapa do método acontece no hospital e as etapas posteriores ocorrem após a alta, com a supervisão da equipe capacitada.

No Brasil, o Método Canguru foi adotado pelo Ministério da Saúde (2009) e está em expansão contando, inclusive, com pesquisas que avaliam seus benefícios. A conduzida por Lamy Filho e cols (2008), dezesseis unidades que adotavam ou não o Método Canguru foram comparadas observando novecentos e oitenta e cinco bebês pesando entre 500 e 1749 gramas. As unidades que adotavam o Método Canguru tiveram um desempenho significativamente melhor em relação ao aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar (69,2% contra 23,8%) e menor percentual de reinternação (9,6% contra 17,1%).

Os recursos sensoriais e perceptuais do recém-nascido

Como comenta Rose (2005), é espantoso pensar na evolução humana, desde o momento da concepção até o momento do nascimento de um bebê com cerca de três

quilos com todos os órgãos internos e um cérebro com a maior parte dos seus 100 bilhões de neurônios que, no decorrer da vida, chegarão a formar cerca de 300 trilhões de interconexões.

Vurpillot (1972) comenta que, quanto mais recente a literatura especializada em percepção do recém-nascido, tanto mais precoce se afirma ser o surgimento de um determinado comportamento ou capacidade.

Já em 1942, Ling registrou os movimentos oculares de bebês de zero a seis meses, demonstrando a existência de uma fixação rudimentar desde o primeiro dia de vida, que se estabilizava em torno do quinto dia. No entanto, até a década de 70, livros de puericultura e de desenvolvimento infantil afirmavam que o recém-nascido só conseguia enxergar vultos, vendo com clareza apenas a partir de três meses, embora inúmeros pais e observadores tivessem a impressão de que o bebê conseguia enxergar tudo.

Segundo Vurpillot (1981), ao nascer há uma acuidade visual que não é ainda como a do adulto, mas que, de qualquer modo, permite ao recém-nascido distinguir muitas coisas; ainda não há acomodação e a convergência é precária; a condução nervosa é lenta — para obter uma resposta é preciso que o estímulo seja bastante forte, apresentado demoradamente e com um intervalo apreciável entre dois estímulos sucessivos. O recém nascido enxerga relativamente bem estímulos contrastantes apresentados a uma distância não muito grande. Conseguem focalizar objetos situados entre 20cm e 100cm de seus olhos. Preferem olhar para rostos ou objetos parecidos com formato de cabeça com “olhos e boca” nos lugares certos.

Mas a evolução da percepção visual é muito rápida. Entre zero e dois meses, muitas coisas acontecem, talvez em decorrência da rapidez da maturação nervosa nas crianças nascidas a termo. Em torno dos dois meses, a acomodação é boa, as células da retina já estão mais maduras e sensíveis; há maior número de conexões nervosas, o impulso nervoso circula com mais rapidez. Em geral, o recém-nascido manifesta preferência por estímulos planos, contrastantes e relativamente simples; aos poucos, passa a

preferir estímulos com volume, mais complexos. A distinção entre plano e volume já existe em torno de seis a sete semanas, entre o convexo e o côncavo em torno de dez semanas.

Quanto à capacidade de ver cores, um estudo de Adams e cols. (1994) avaliou a discriminação cromática de trinta e seis recém-nascidos e trinta e quatro bebês com um mês de vida, de ambos os sexos. Os resultados mostraram que 74% dos recém-nascidos conseguiam discriminar a cor vermelha a uma distância de 38 cm, projetada num fundo acromático, mas apenas 14% conseguiram distinguir o azul, 36%, o verde e 25%, o amarelo. Com um mês, o desempenho melhorou significativamente, embora o vermelho continuasse sendo a cor mais facilmente discriminada. Os autores concluem que a percepção visual de cores existe, porém é muito limitada nessa época da vida. Rose (2005) diz que, embora as retinas e os nervos óticos estejam inteiramente presentes no nascimento, a densidade das sinapses aumenta no córtex visual com cerca de oito meses de idade.

Ainda na gestação, sabe-se, hoje em dia, que o feto já apresenta capacidade de visão. No bebê prematuro, em alguns aspectos (por exemplo, acuidade visual, resposta ao nível de complexidade do estímulo), é a idade a partir da concepção que conta. Assim, nesses aspectos da percepção visual, um bebê que nasce de sete meses vai reagir, aos dois meses de vida, como um recém-nascido a termo. Porém, em outros aspectos (por exemplo, a percepção do espaço, da profundidade, distinção entre plano e volume), o que conta é o tempo de vida extrauterina.

Itoh (1979) estudou o comportamento de acompanhar visualmente um objeto, em quatrocentos e oitenta e três bebês nascidos a termo durante o primeiro ano de vida. Movia lentamente oito figuras de objetos animados e inanimados num arco de 180° pelo campo visual dos sujeitos. Os resultados sugerem a existência de quatro etapas: “fase biológica”, na qual os bebês mostraram preferência visual por figuras inanimadas; “etapa de transição”, na qual o ângulo de acompanhamento visual aumentava rapidamente, coincidindo com a fase em que o

bebê começava a demonstrar maior interesse pelas pessoas; “fase pré-social”, que atingia o ponto máximo em torno do quarto mês de vida, na qual o ângulo de acompanhamento visual aumentava ainda mais e os bebês apresentavam maior interesse em cartões com figuras em forma de olho; “fase social”, na qual o ângulo de acompanhamento visual começava a diminuir e os bebês apresentavam mais interesse pelas figuras que mostravam o rosto humano. Um estudo semelhante, do mesmo autor, feito com cento e noventa e quatro bebês pré-termo, mostrou que tardavam mais a passar para a segunda etapa.

No entanto, outros autores consideram que o primeiro objeto “atraente” que surge no campo visual do recém-nascido seja o rosto da mãe, quando essa é a pessoa que está mais em contato com o bebê e que também oferece estimulações sonoras e cinestésicas. Observam-se trocas visuais entre mãe e recém-nascido, em especial quando a mãe se dirige ao bebê diretamente. Os cuidados maternos cotidianos formam a base da vida emocional e de relacionamento do bebê, como sugere Winnicott (1970) em seu conceito de holding, que se refere não só à maneira como o bebê é pego, mas também à totalidade do que o ambiente lhe oferece.

Robin (1981) observou grandes diferenças individuais entre recém-nascidos, a ponto de crer ser possível estabelecer uma tipologia de bebês em função da atividade visual no decorrer da primeira semana de vida. Alguns bebês, observados todos os dias à mesma hora durante a semana de permanência no hospital, apresentaram uma atividade visual notável, atingindo até mesmo 100% da duração da observação, enquanto outros se caracterizaram por uma grande sonolência e fraca fixação do olhar. A observação desses bebês aos três meses de idade mostrou que essas diferenças se atenuaram.

Quanto à percepção auditiva, as observações de Murooka (1974) sugerem que o recém-nascido consegue reconhecer os ruídos característicos do interior do corpo da mãe. Ao escutar uma gravação de ruídos intrauterinos, 86% dos recém-nascidos param de chorar em poucos segundos; 30%

dos bebês adormecem logo em seguida. Para Rosner e Doherty (1979), isso pode ser utilizado como um teste preliminar para identificar bebês com deficiências auditivas graves. As observações de Segui (1981) sugerem que bebês de poucos dias reagem à voz da mãe de uma maneira peculiar, inclusive na ausência de outras fontes de informação além da auditiva.

Um estudo de Muir e Field (1979) sugere também que os recém-nascidos apresentam uma tendência inata para orientar-se no sentido de uma fonte sonora: em dois experimentos, a maioria de um grupo de vinte e um recém-nascidos consistentemente movia a cabeça na direção de um som a 90° da linha média.

Alegria e Noirot (1978) registram as reações de choro e de movimento de cabeça, olhos e boca de trinta e seis recém-nascidos de um a seis dias de idade, colocados numa cadeira cercada por uma cortina branca; fez-se ouvir a gravação de uma voz masculina transmitida sucessivamente à esquerda, à direita ou em frente dos bebês. Para o grupo de controle, com doze sujeitos, não se apresentou a voz. Observou-se que a voz suscitava movimentos de cabeça, choro e tendência a abrir os olhos e a boca. A cabeça se movia mais frequentemente na direção da fonte sonora. Os olhos se abriam quando a cabeça se voltava na direção do som e o choro ocorria com quando os bebês estavam olhando na direção do som.

A percepção olfativa do recém-nascido permaneceu ignorada durante muito tempo. MacFarlane (1975) tentou verificar se o recém-nascido consegue reconhecer a própria mãe pelo cheiro. No primeiro experimento, verificou-se que os recém-nascidos a partir do sexto dia de vida moviam a cabeça na direção de um tecido impregnado pelo cheiro do seio da mãe com muito mais frequência do que para um tecido que não tinha estado em contato com o corpo materno; no segundo experimento, verificou-se que, em torno de dez dias de vida, os bebês já manifestavam preferência pelo tecido com o cheiro do corpo da mãe ao tecido com o cheiro de outra mulher. Esses experimentos mostram que os bebês apresentam sensibilidade olfativa já nas primeiras semanas

de vida. Resultados idênticos foram encontrados nos estudos de Schaal e cols. (1981). Essa discriminação olfativa se observa também em crianças maiores. Montagner (1978) mostrou que, em 70 a 75% dos casos, crianças de dois a três anos conseguem reconhecer uma blusa usada pela mãe durante dois ou três dias.

Mas a memória olfativa não se resume ao reconhecimento do cheiro da mãe. Davids e Porter (1991) expuseram vinte e quatro recém-nascidos a um odor artificial por cerca de vinte e duas horas, de um a dois dias após o nascimento. Quando testados entre dezesseis e dezoito dias depois, os bebês demonstraram nítida preferência pelo odor anteriormente apresentado, em comparação com outro odor novo, o que evidencia a capacidade de memória olfativa durante, pelo menos, duas semanas.

Os resultados desses estudos sobre os recursos perceptuais do recém-nascido mostram a importância de promover um intercâmbio entre mãe e bebê por todas as vias sensoriais. E, como comenta Noirot (1977), o estudo dos primórdios do desenvolvimento humano é importante não somente para satisfazer nossa curiosidade científica, mas, sobretudo, para favorecer uma mudança na maneira pela qual costumamos tratar os bebês.

Isso se refere particularmente à questão da dor. Chamberlain (1989) comenta que, por muito tempo, os profissionais não consideravam os gritos do recém-nascido como autênticas expressões de dor por estarem convencidos de que o cérebro do bebê ainda era muito imaturo para registrar a sensação real de dor. No entanto, como também mostram Anand e Hickey (1988), atualmente sabe-se que os recém-nascidos têm os componentes anatômicos e funcionais necessários para a percepção da dor. Já se conhece alguma coisa dos sistemas neuroquímicos associados à percepção da dor e podem-se observar modificações comportamentais (respostas motoras, expressões faciais, choro e reações comportamentais mais complexas) em reação ao estímulo doloroso. Há evidências também de lembranças da dor da circuncisão em crianças e adultos que conseguem ter acesso a esses registros do passado. Portanto, a memória

da dor pode deixar sequelas psicológicas importantes. Isso aponta para a necessidade de rever práticas assistenciais na sala de parto e na UTI neonatal, para que sejam reconsideradas as ações dolorosas a que são submetidos os recém-nascidos. O ambiente de cuidados intensivos, em especial, é estressante para o recém-nascido. Field (1990), a partir do resultado de suas pesquisas, verificou a utilidade de intervenções simples (tais como oferecer uma chupeta para o bebê sugar e acariciá-lo enquanto lhe tiram amostras de sangue) para reduzir a tensão e o sofrimento.

As expressões faciais de sofrimento e, sobretudo, o choro são sinais inequívocos de desconforto. Segundo St. James-Roberts (1993), a frequência e a intensidade do choro do recém-nascido variam segundo alguns fatores, tais como: presença de cólicas; distúrbios neurológicos; temperamento; processos normais do desenvolvimento; vínculo parental inadequado ou insatisfatório.

Além do estudo dos primórdios da percepção, é interessante também ampliar a investigação dos primórdios do relacionamento, em especial no que diz respeito à sintonia da interação mãe-bebê.

A microanálise de filmes sonoros de comunicação humana mostra que há elementos básicos da interação contidos nos gestos, nas posturas e nas configurações de movimentos que acompanham a fala. Condon e Sander (1974), aplicando esse método para investigar a interação entre mães e recém-nascidos, observaram uma sincronia da organização do movimento do bebê com os segmentos de articulação da fala da mãe desde o primeiro dia de vida, como uma espécie de “dança sincronizada”. Por exemplo, quando a mãe faz uma pausa para respirar ou acentua uma sílaba, o bebê levanta a sobrancelha ou abaixa um pé. Essas observações demonstram que o bebê é um participante ativo nas diversas formas de organização da interação.

Tronick e cols. (1977) estudaram a regulação da mutualidade na interação face a face entre três mães e seus bebês de dois a três meses. Os comportamentos maternos observados foram: expressão facial, vocalização, maneira

de pegar o bebê, posição da cabeça e do corpo. Os comportamentos observados do bebê foram: vocalização, posição da cabeça e do corpo, movimento, direção do olhar e expressão facial. Os resultados mostram a ocorrência de longos períodos de interação durante os quais o comportamento do bebê e o da mãe atingiam uma sincronia quase perfeita.

Arco e cols.(1979) analisaram os efeitos do aumento do tempo de olhar da mãe sobre o comportamento visual do bebê. No grupo experimental, composto de dez díades mãe-bebê, as mães receberam instruções no sentido de olhar o bebê nos olhos durante um tempo mais prolongado; as dez mães do grupo de controle não receberam nenhuma instrução. Os resultados demonstraram que os bebês do grupo experimental também passaram a olhar para as mães por mais tempo, aumentando, portanto, o contato visual mútuo.

Ao que parece, a capacidade de “sintonia” do bebê não se verifica apenas com a mãe. Martin e Clark (1982) estudaram setenta recém-nascidos e verificaram que bebês calmos choravam em resposta ao choro gravado de outros bebês, porém paravam de chorar quase imediatamente após ouvirem a gravação do próprio choro; esses bebês, ao ouvirem seu próprio choro não começavam a chorar e também pareciam ignorar o choro gravado de crianças maiores.

Todos esses estudos sobre as capacidades perceptuais do recém-nascido colocam-no como participante ativo da interação com as pessoas que o cercam. Os estudos sobre essa interação abriram uma importante linha de pesquisas.

Como mostra Kagan (1979), um dos principais conceitos pesquisados nestas últimas décadas é a interação entre variáveis biológicas e ambientais. Ao que tudo indica, os eventos traumáticos afetam particularmente as crianças socialmente desfavorecidas. As forças da maturação dirigem as funções básicas do crescimento de muitos sistemas psicológicos nos dois primeiros anos de vida (por exemplo, reação à discrepância, constância objetal, angústia de separação e reação a pessoas estranhas); mas

é a experiência que determina a intensidade dessas reações e a idade em que elas se tornam mais ou menos intensas.

Ao que tudo indica, a partir da concepção, mãe e filho desenvolvem uma relação complexa, que se desenvolve e adquire novos matizes no decorrer da gestação e após o nascimento. Como mostram Osofsky e Connors (1979), as esperanças, expectativas e atitudes da mãe, assim como o estilo, as características e a predisposição da criança são elementos fundamentais na formação desse relacionamento. No decorrer dos dois primeiros anos de vida, as mudanças que ocorrem tanto na mãe quanto na criança influirão significativamente em seus padrões de interação.

Portanto, é fundamental que as teorias construídas a partir dos estudos sobre a interação mãe-bebê tenham uma visão holística, considerando a criança pequena como um organismo que se desenvolve em uma sociedade multifacetada. Muitas das características do bebê afetam profundamente a relação familiar, tais como temperamento, sexo, ordem de nascimento, reações à estimulação ambiental. Por sua vez, a maneira como o bebê é tratado também influencia seu comportamento e seu modo de ser. É importante continuar pesquisando os detalhes dessas influências recíprocas, inclusive dentro de uma abordagem sistêmica, estudando mais a fundo também a interação precoce entre pai e bebê. Segundo Parke (1979), o brincar é um elemento importante na relação pai-filho: pai e mãe diferem quanto ao estilo de brincar, e a criança pequena reage de modos diferentes a um e a outro. Estudos comparativos feitos em diferentes culturas mostram que a qualidade da interação entre pai e filho tem uma influência marcante no desenvolvimento social da criança. Em geral, a brincadeira envolvendo maior movimento físico do pai complementa o maior grau de interação verbal da mãe.

A aplicação de teorias e técnicas de terapia de família ao campo de pesquisa e de atendimento clínico às famílias com bebês e crianças pequenas representa um campo promissor. Dentro dessa perspectiva, a criança é parte integrante do sistema familiar: ela se desenvolve e se comporta de acordo com os padrões de interação e as regras do grupo familiar;

qualquer mudança em qualquer membro da família tem repercussões sobre todos os outros. Para melhor compreender a criança, precisamos compreender a dinâmica familiar. Para Stevenson-Hinde (1990), a integração da teoria do vínculo (attachment) com a teoria sistêmica pode propiciar um entendimento mais global das interações básicas do ser humano. Dentro dessa linha de integrar conhecimentos psicanalíticos com pesquisa empírica, o trabalho de Murray (1991) ilustra a sensibilidade do bebê para captar a qualidade das interações e a influência que o bebê exerce na regulação da interação com os outros.

E mais: para melhor entender a dinâmica familiar é preciso entender o contexto cultural mais amplo, ao qual pertence o indivíduo e sua família. Hinde (1991) cita estudos comparativos de diferentes culturas para ilustrar esse ponto: por exemplo, as mães americanas tendem a tocar menos e a utilizar menos a comunicação não-verbal com seus bebês, em comparação com as mães japonesas.

Em síntese, até a primeira metade do século XX, fetos e bebês eram considerados como organismos passivos, sujeitos à influência modeladora dos instintos, de forças de maturação e de fatores ambientais. O que predominava em termos de pesquisas e de teorias era a sequência do desenvolvimento normal, mas pouco se sabia do que fetos, bebês e crianças pequenas eram capazes de fazer caso tivessem a estimulação adequada. Com o incrível aumento das pesquisas sobre fetos e bebês, nosso conhecimento está em rápida expansão. O ser humano, nos primórdios de seu desenvolvimento, deixou de ser visto como um ser passivo e passou a ser considerado competente, ativo e socialmente influente, cuja existência provoca enorme impacto na família. As diferenças inatas entre os bebês, que existem desde a época em que interagem com o ambiente intrauterino, fazem com que as experiências de vida e de interação sejam muito diversificadas. Por exemplo, há bebês que choram muito e não conseguem ser facilmente acalmados. As mães desses bebês sentem-se culpadas e incompetentes e não sabem que o temperamento do bebê é um fator de peso nesse comportamento. Portanto, esse traço de extrema irritabilidade e dificuldade de ser

consolidado pode ter efeitos devastadores na relação entre a mãe e o bebê, dando margem a intensos sentimentos de tristeza, desesperança e rejeição que, por sua vez, aumentam as dificuldades do relacionamento.

A influência da relação afetiva na tecelagem neuronal

No século XXI florescem as descobertas da neurociência iluminando a importância do relacionamento família-bebê na formação do cérebro e na construção da saúde.

Daniel Goleman, ao falar de inteligência social (2007), assim como outros pesquisadores, afirma que somos programados para nos conectarmos uns com os outros. Relacionamentos positivos beneficiam a saúde; em contraposição, relacionamentos tóxicos nos adoecem. Os relacionamentos sociais que construímos no decorrer da vida modelam nossos circuitos neurais, influenciando as conexões sinápticas. Embora a maior parte dos neurônios seja criada na infância, esse processo continua até na velhice: nosso cérebro pode ser redesenhado em qualquer época da vida, na medida em que surgem novos neurônios e novas conexões entre eles.

A ideia de que os genes determinam o comportamento está ultrapassada; a antiga polêmica “nature x nurture” está superada: é “nature with nurture” , ou seja, é a interação entre esses fatores que modela o desenvolvimento humano. A epigenética é a ciência que estuda a influência dos fatores ambientais no funcionamento dos genes. O sufixo “epi”, de origem grega, significa “por cima, sobre”: descreve o processo da “assinatura química” que se inscreve nos genes mesmo sem produzir mutações na sequência do DNA. Estas “assinaturas” atraem ou repelem outras substâncias químicas que ajudam os genes a produzirem proteínas que são os elementos básicos da formação do corpo e, inclusive, do cérebro. A origem dessas modificações epigenéticas são as experiências e os relacionamentos, tecidos desde a época da gestação. Isso mostra que os genes não operam independentemente do meio. Fatores e estímulos do ambiente químico, físico, sensorial, social e emocional

alteram a expressão dos genes individuais.

Portanto, a educação modela o cérebro, os relacionamentos com pessoas significativas (na família, na escola, nas relações de amizade) oferecem milhares de interações sociais e afetivas que fazem e refazem nossos circuitos neurais. Os genes são “ligados” ou “desligados” pela ação de milhares de interações que acontecem em nossos relacionamentos durante a infância.

A criança herda em torno de 23 mil genes de seus pais: isso é denominado “genoma estrutural”. Como o “hardware” do computador, esse genoma estrutural delimita as fronteiras do que é possível, mas, como acontece com o “sistema operacional” dos computadores, é o “epigenoma” que determina de que modo os genes se expressarão. O epigenoma é o “sistema operacional” do genoma estrutural. Por exemplo, gêmeos idênticos apresentam o mesmo genoma estrutural, mas suas diferentes experiências resultarão em diferentes epigenomas, o que fará com que alguns genes se expressem de modos diversos. Por isso, os gêmeos idênticos, embora se assemelhem em muitas coisas, apresentam diferenças em termos de habilidades, níveis de saúde, desempenho escolar e comportamento. Portanto, a qualidade da nutrição, a exposição a substâncias tóxicas e a drogas lícitas ou ilícitas e a experiência de interagir com pessoas em diversos ambientes são fatores que, entre outros, podem modificar nosso epigenoma no decorrer da vida, mesmo quando envelhecemos, embora a “assinatura química” em nossos genes durante a vida fetal e os primeiros anos de vida tenha uma influência mais profunda e duradoura na arquitetura cerebral, uma vez que atuam nos órgãos que ainda estão em formação.

Como mostra J.P.Shonkoff (2009), o cérebro é construído no decorrer da vida, “de baixo para cima”: os alicerces dessa arquitetura cerebral são construídos durante a gravidez até os primeiros anos de vida, formando uma base sólida ou frágil que influenciará a construção das etapas posteriores de aprendizagem, saúde e comportamento. O cérebro se adapta às experiências vividas: as que são

saudáveis facilitam a aprendizagem, a memória e a construção de bons relacionamentos; as que não são contribuem para a instabilidade da saúde física e mental. As modificações do epigenoma causadas pelo estresse no decorrer da vida fetal e na primeira infância influenciam a maneira de reagir ao estresse no decorrer da vida.

O desenvolvimento do cérebro tem início poucos dias após a concepção. Quando a criança nasce, já conta com bilhões de neurônios. Cerca de 700 sinapses (conexões neurais) por segundo são formadas nos primeiros anos de vida. Após esse período de rápida proliferação, o ritmo de sinapses decresce, solidificando os circuitos cerebrais mais complexos. As vias sensoriais (por exemplo, os alicerces da visão e da audição) são os primeiros a se desenvolver e, posteriormente, os rudimentos da linguagem e as funções cognitivas superiores. Portanto, os circuitos cerebrais mais complexos são construídos a partir dos circuitos primordiais, mais simples. Na medida em que esses circuitos básicos amadurecem antes dos circuitos mais elaborados, alguns tipos de experiência são mais relevantes do que outros, em cada etapa do desenvolvimento, para a formação saudável do cérebro.

O “cérebro social” está em atividade desde os primórdios da vida: o bebê está preparado para se comunicar com os adultos e aprender com eles. Nasce com a tendência para interagir com vozes e rostos humanos, e são atraídos particularmente pelos olhos. No entanto, a atenção, nessa etapa, é muito limitada, gerando nos adultos a necessidade de usar estratégias para chamar a atenção do bebê, que são muito semelhantes nas mais diferentes culturas (falar com voz aguda, olhar nos olhos da criancinha, chamá-la pelo nome). Os estudos feitos a partir de imagens do cérebro mostram que o córtex pré-frontal reage a esses estímulos a partir dos cinco meses de vida (Grossman e cols., 2010), mas o contato pelo olhar atrai a atenção do bebê desde os primeiros dias de vida (Farroni e cols., 2007). Por muito tempo, o contato visual é o que mais estimula a interação e evoca as reações cerebrais mais intensas (Gliga and Dehaene-Lambertz, 2006).

“Os olhos são a janela da alma” é um ditado popular. A neurociência mostra que, por meio do olhar da mãe atenta, amorosa e vinculada a seu filho, a criancinha sente que é “completamente percebida, por fora e por dentro”, e isso forma a base para a capacidade de desenvolver empatia, compaixão e relações de profunda intimidade (Siegel, D. e Hartzell, M., 2003). A estimulação do córtex orbitofrontal por meio dessa relação amorosa bem sintonizada é atualmente considerada fundamental para o desenvolvimento do “cérebro social”: é o que nos permite perceber os sentimentos dos outros e reconhecer suas intenções, integrar pensamento racional e sentimento e, em suma, desenvolver a inteligência dos relacionamentos.

Portanto, os milhões de interações que fazem parte da rotina de cuidar do bebê e da criança pequena vão construindo os vínculos: alimentar, trocar fraldas, pegar ao colo, olhar nos olhos, brincar, conversar, tudo isso vai construindo padrões de relacionamento marcados pelos caminhos neuronais. Assim como o leite materno ajuda a formar os tecidos e a estrutura óssea, as interações ajudam a construir conexões neuronais que são essenciais para a competência sócio-emocional.

Como observa Stern (2002), nos primeiros meses de vida, o bebê emerge como um ser humano social: ele “convida” a mãe para brincar com ele, inicia interações com ela e com outras pessoas que cuidam dele, aprende a manter e a modular o fluxo das interações sociais, aprende os “códigos” para interromper ou rejeitar uma interação: uma verdadeira “coreografia” da dança dos relacionamentos. E vale destacar o valor do sorriso como recurso de interação: nos primeiros dias, é uma atividade reflexa; entre seis semanas e três meses, o sorriso pode ser evocado por estímulos tais como toques no corpo do bebê, falar com ele com voz aguda, olhares carinhosos: é o chamado sorriso social. A partir dessa época, o bebê aprende a sorrir para estimular a reação e a atenção dos outros, tornando-se um instrumento de interação.

Os estudos de Fraser Mustard (2010) sobre a neurociência do desenvolvimento também mostram a

influência duradoura das experiências e dos relacionamentos construídos nos primeiros anos de vida na saúde física e mental, na aprendizagem e no comportamento. Essas experiências precoces influenciam a expressão dos genes e a construção dos caminhos neurais; modelam as emoções e regulam o temperamento e o desenvolvimento social; influenciam o desempenho em atividades físicas (por exemplo, nos esportes).

Portanto, como enfatiza B. Lipton (2009), a epigenética mudou a maneira de entender a biologia e a medicina: não somos vítimas de nossos genes e sim, seus condutores. Os genes são, na verdade programas que podem ser reescritos e não apenas “read-only”. Isto significa que nossas experiências de vida podem redefinir nossos traços genéticos. Podemos desenvolver a capacidade de modificar os conteúdos desta base de dados. O “gênio por trás dos genes” é nossa própria mente, ou seja, nossos pensamentos e crenças.

CAPÍTULO II - OS ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS DA GRAVIDEZ E DO PARTO

O conceito de ansiedade

O estresse ocorre quando a pessoa se depara com desafios que ultrapassam, pelo menos momentaneamente, sua capacidade de lidar com a situação que se apresenta e manter seu equilíbrio físico e emocional.

A ansiedade pode ser operacionalmente definida como uma reação emocional evidenciada por manifestações comportamentais latentes ou manifestas e por alterações fisiológicas relacionadas com o funcionamento endócrino (Klein, 1964). É uma expressão abreviada para um padrão de reações complexo, que se caracteriza por sentimentos subjetivos de apreensão e tensão associados a um estado de ativação fisiológica que envolve o ramo simpático do sistema nervoso autônomo (SNA).

Cattell e Scheier (1961) diferenciam dois tipos de ansiedade: a ansiedade de traço, referindo-se a características estáveis e relativamente permanentes da personalidade, e a ansiedade situacional, referindo-se a estados temporários de ansiedade. Spielberger (1966) comenta que a ambiguidade do conceito de ansiedade se deve ao uso indiscriminado do termo, sem atentar para a distinção dos dois tipos de ansiedade. Embora o termo ansiedade seja mais comumente usado para referir-se a um estado transitório do organismo que varia de intensidade no decorrer do tempo, também é empregado para referir-se a um traço de personalidade — pessoas caracterizadas pela presença de estados de ansiedade e defesas estruturadas contra tais estados.

Dentro de certos limites, a ansiedade preenche a importante função de alertar e mobilizar a pessoa para enfrentar o agente responsável pela tensão, por exemplo, a perda de um ente querido, uma tarefa de aprendizagem, ou uma gravidez. Por outro lado, a ansiedade flutuante — ou por ser demasiado intensa ou por ser crônica — que ultrapassa as capacidades adaptativas da pessoa resulta em problemas de ajustamento, com consequências graves, em especial no que se refere ao funcionamento do sistema endócrino. Wolff e cols. (1964) e Sachar e cols. (1963) demonstraram que a

capacidade de adaptação diante da tensão crônica se correlaciona significativamente com baixos níveis de secreção endócrina, ao passo que o desajustamento diante da tensão coincide com altos níveis de secreção.

O fato de a gravidez constituir uma situação crítica, com maior vulnerabilidade e desorganização de padrões anteriores, inúmeras modificações fisiológicas e estados emocionais peculiares, justifica a presença normal de ansiedade. No entanto, quando a maternidade, por motivos vários, gera um grau de ansiedade mais intenso, há maior probabilidade de ocorrência de complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério.

Estudos sobre a relação entre ansiedade e complicações obstétricas

A influência de fatores psicológicos no parto e nas complicações obstétricas tem sido estudada por obstetras, psicólogos e psiquiatras há muito tempo. A ansiedade e os temores relacionados com o parto e com o novo papel de mãe são vistos como fatores contribuintes importantes no parto prolongado ou distócico em que não se verificam causas mecânicas ou médicas. Como observa Reading (1983), altos graus de ansiedade podem ter efeitos diretos na motilidade uterina, na saúde e no desenvolvimento fetal e também efeitos indiretos, na medida em que impulsionam comportamentos, tais como o aumento do consumo de cigarros ou de álcool.

Há quem ainda pense que o parto se desenrola segundo mecanismos específicos e biologicamente determinados, independentes de influências psicológicas internas ou externas. Mas se o parto fosse, de fato, um processo puramente fisiológico com certeza não estaria sujeito a tantas variações individuais.

Segundo Kitzinger (2005), os estímulos oriundos das contrações uterinas e da dilatação do cérvix são interpretados pela parturiente segundo um sistema de crenças, sensações subjetivas e culturais sobre a imagem corporal e o processo do parto. A dor tem um significado pessoal e também social, variando de acordo com a cultura da qual a

mulher faz parte. A vivência da dor relaciona-se também com experiências passadas, com expectativas e com os códigos sociais referentes aos perigos implícitos aos processos fisiológicos de crescimento e declínio.

Vários componentes fisiológicos são importantes na mediação de complicações obstétricas: o trato gastrintestinal na hiperemese gravídica e na pseudociese, as contrações da musculatura lisa no abortamento de repetição e o sistema arterial na eclampsia são alguns exemplos. McDonald (1968) aborda essas complicações obstétricas da seguinte maneira: a tensão (sob a forma de conflitos não resolvidos em relação à maternidade) provoca ansiedade, que resulta em tentativas de adaptação para enfrentar a tensão. Quando a ansiedade é muito intensa ou prolongada, essas tentativas fracassam e resultam na ativação do SNA; as complicações tendem a ocorrer na função fisiológica ou no sistema que apresenta o maior grau de ativação.

Como mostra Siegel (2010), as pessoas com alto nível de ansiedade se encontram em estado de perturbação emocional crônica (“estado de alarme”). Esse estado de prontidão constante acarreta mudanças endócrinas e metabólicas. O sistema límbico, em especial, torna-se hiperreativo: essas pessoas pensam nas piores hipóteses como se elas fossem se concretizar a qualquer momento e acham que precisam se preparar para o pior. Com isso, ficam hipervigilantes. Inicialmente, essas pessoas conseguem reagir a uma situação de tensão de forma adequada, uma vez que as defesas corporais foram mobilizadas. A continuação da tensão, no entanto, reduz a eficiência do organismo para enfrentar a estimulação nociva: o sistema de alarme dispara por tudo e qualquer coisa. Em outras palavras, o corpo não consegue manter um estado contínuo de prontidão. Difícil é aceitar a imprevisibilidade da vida, a realidade de que muito pouco está sob nosso controle.

Como explicação para as relações observadas entre ansiedade e complicações obstétricas, McDonald e Christakos (1963) sugerem que os componentes do grupo anormal atingiram a etapa em que as defesas corporais

foram tão esgotadas pela reação à tensão crônica que ficam mais vulneráveis às complicações diante de novas situações de tensão, em comparação com os componentes do grupo normal. Consideram, portanto, os graus extremos de ansiedade como condições necessárias e suficientes para a ocorrência de complicações obstétricas psicogênicas. A mobilização da ansiedade e a ativação do SNA, que desencadeia uma série de mecanismos regulatórios, podem resultar de vários conflitos não resolvidos em relação à maternidade.

Em suma, a gestante traz para a experiência do parto inúmeras peculiaridades fisiológicas, psicológicas e sociais. Uma vez que a fisiologia do parto está sob o domínio do ramo parassimpático do SNA, o papel dos fatores emocionais é muito relevante.

A incidência de distúrbios psicossomáticos parece variar com a classe social, sendo mais comum nas mulheres de classes menos favorecidas. Rosengreen e DeVault (1962) descobriram que as mulheres mais supersticiosas tendiam a encarar a gravidez como doença e a apresentar muitas queixas psicossomáticas; esses autores enfatizam a importância da classe social nessas relações. Newton (1955) também encontrou uma relação entre classe social mais alta e menor incidência de queixas de distúrbios na gravidez.

Ao que parece, classe social baixa aliada a quadros de esquizofrenia e depressão grave também resultam em maior índice de complicações obstétricas, como mostra o estudo de Goodman e Emory (1992): cinquenta e sete mulheres com esquizofrenia, vinte e oito com depressão e trinta e uma normais, todas de classe social baixa e predominantemente de origem afro-americana foram estudadas. O grupo de esquizofrênicas, em especial, apresentou grande incidência de complicações obstétricas.

McDonald e Parham (1964) tentaram avaliar as mudanças de vários fatores psicológicos antes e após o parto na gravidez com e sem complicações; as mudanças significativas de personalidade antes e após o parto confirmam a observação de que a gravidez é uma época de

maior vulnerabilidade emocional. Descobriram também que, embora nos dois grupos houvesse uma tendência geral a atingir maior estabilidade, as diferenças pré e pós-parto eram mais marcantes no grupo que apresentou complicações. A magnitude dessas mudanças foi interpretada como labilidade emocional, que se relacionava com complicações obstétricas por meio da ativação de vários sistemas reguladores fisiológicos.

Crandon (1979) estudou a relação entre a ansiedade na gravidez e a incidência de complicações obstétricas em cento e quarenta e seis mulheres entre quinze e trinta e cinco anos. As complicações observadas (pré-eclampsia, parto a fórcepe, parto prolongado ou precipitado, hemorragia pós-parto, remoção manual da placenta, sofrimento fetal) ocorriam com incidência significativamente maior nas mulheres com altos índices de ansiedade. Crandon observou também que o Apgar dos bebês de mães muito ansiosas era significativamente mais baixo do que o de bebês com mães menos ansiosas.

A partir de uma revisão dos principais estudos sobre as consequências da ansiedade materna na reprodução, Carlson e LaBarba (1979) sugerem que os estudos metodologicamente mais aceitáveis são os que relacionam o estado emocional da grávida ao abortamento de repetição, hiperemese, toxemia, comportamento anormal do recém-nascido e algumas outras complicações da gravidez e do parto. Knackstedt e cols. (2005) também mencionam pré-eclampsia, parto pré-termo e baixo peso ao nascer como resultantes do estresse na gravidez; além disso, corroboram a visão de outros autores que o estresse na gravidez é um fator que contribui significativamente para a programação fetal de doenças futuras, que surgem em diversas etapas da vida.

Em geral, os estudos mostram uma correlação positiva entre o funcionamento psicológico e o fisiológico na gravidez, o que não é surpreendente, pois constituem dois aspectos do mesmo processo — a adaptação da pessoa como um todo. É necessário enfatizar, no entanto, que essa correlação, embora possa sugerir, ainda não provou

causalidade. Até o momento presente, os estudos controlados com mais rigor apontam vários fatores em comum: diferenças psicológicas consistentes entre os grupos normais e os grupos com complicações, singulares ou múltiplas, sobretudo no que se refere ao aumento dos níveis de ansiedade nos grupos que apresentam complicações, independentemente do instrumento de avaliação utilizado. Da mesma forma, os grupos com complicações caracterizam-se pelo menor uso de defesas repressivas e, embora os níveis de ansiedade sofram redução após o parto em ambos os tipos de grupo, observam-se reduções mais acentuadas nos grupos com complicação, com concomitante aumento de defesas de evitação e negação. Os dados, em geral, também sugerem que os altos níveis de ansiedade estão associados com maior grau de dependência em mulheres sexualmente imaturas que apresentam conflitos em relação à maternidade.

Estudos sobre a relação entre ansiedade e disfunção uterina

A dificuldade ou a facilidade do trabalho de parto dependem não só da proporção céfalopélvica, mas também da eficiência funcional do útero. Se perturbações emocionais mais profundas podem provocar modificações somáticas significativas, parece razoável supor que a emoção pode perturbar a ação da musculatura uterina no trabalho de parto.

Baseados em estudos anteriores em que pequenas dosagens de adrenalina foram aplicadas em parturientes, verificando-se a inibição da motilidade uterina, Garcia e Garcia (1955) levantaram a hipótese de que nos partos difíceis e prolongados existe um estado de tensão emocional que pode produzir um excesso de secreção de adrenalina endógena, pois a desorganização dos padrões de atividade uterina no parto prolongado ou quando o cérvix não se dilata assemelha-se em muitos aspectos aos efeitos da aplicação de adrenalina exógena. Tentaram, portanto, determinar os níveis de adrenalina presentes no sangue de dez parturientes com parto normal, dezoito que manifestavam medo durante o trabalho de parto e cinco

com inércia uterina. A análise das amostras de sangue revelou baixos níveis de adrenalina nas pacientes não temerosas, níveis altos nas parturientes com partos prolongados e níveis ainda mais altos no grupo de inércia uterina.

Omer e Everly (1988), numa revisão dos estudos sobre fatores psicológicos no parto pré-termo, comentam que a tensão ambiental crônica ou cumulativa está frequentemente associada ao parto pré-termo. Em laboratório, também foi demonstrado que os estímulos psicológicos afetam a contratilidade uterina; estudos clínicos sugerem que intervenções que reduzem a tensão e a ansiedade podem prevenir o parto pré-termo. Os autores propõem um modelo que associa o parto pré-termo a um distúrbio de excitação que se manifesta fisiologicamente por uma hiperreatividade do sistema límbico, uma vez que a hiperreatividade do sistema nervoso autônomo acontece com frequência em mulheres que tiveram parto pré-termo. Por isso, levantam a possibilidade de que essa hiperreatividade poderia desencadear reações psicofisiológicas que provocariam a excitação uterina e facilitariam o desencadeamento do parto pré-termo.

Em outra revisão de estudos sobre tensão psicossocial e problemas da gravidez e do parto, realizados nas décadas de 60 a 80, Levin e DeFrank (1988) encontraram um grande número de estudos que correlacionam fontes de estresse provenientes de mudanças de vida com complicações da gravidez e parto pré-termo, assim como outros estudos que correlacionam a ansiedade com complicações de gravidez e de parto.

Estudos sobre os efeitos do ambiente pré-natal na prole

Em qualquer momento após o parto é difícil atribuir quaisquer características da criança a efeitos pré-natais relacionados com o estado psicológico da mãe durante a gravidez, devido ao efeito “contaminador” das atitudes maternas e da interação com a criança. A avaliação do comportamento ou do estado geral da criança deve ser feita

logo após o parto, a fim de evitar a contaminação ou, então, as variáveis medidas devem estar relativamente isentas da influência do contato materno. Há vários estudos, com seres humanos e animais, que tentaram pesquisar relações entre a condição geral ou comportamento da criança e o estado psicológico da mãe durante a gravidez. Rose (2005) comenta que o estresse altera o equilíbrio hormonal, em especial dos esteróides e eleva o nível do cortisol que, ao atravessar a placenta, atinge o cérebro do feto, alterando o padrão de desenvolvimento. A idéia mais aceita, a partir desses estudos é que a imunossupressão induzida pelo estresse materno contribui para várias complicações na gravidez e para problemas do desenvolvimento fetal (Coussons-Read e cols., 2003).

Há estudos que mostram a correlação entre altos níveis de estresse na gravidez e problemas emocionais e cognitivos na criança, tais como hiperatividade e deficit de atenção, ansiedade e atrasos na linguagem. Possivelmente, o ambiente fetal é alterado pelos hormônios do estresse materno, em especial o cortisol (Talge e cols., 2007). Além disso, parece haver “janelas temporais”, durante as quais o cérebro fetal está mais sensível ao estresse materno que ativa o eixo hipotálamo-pituitária-suprarrenal e tem efeitos sobre o organismo fetal (Matthews, 2007; Phillips, 2007). Por outro lado, como argumenta Healy (2004), a plasticidade cerebral no bebê é intensa, possibilitando mudanças que contrabalançam, pelo menos em parte, os efeitos nocivos do ambiente pré-natal.

Alguns estudos mostram que a exposição do organismo materno a glucocorticóides resulta em modificações expressivas do eixo hipotálamo-pituitária-suprarrenal e influenciam no comportamento diante do estresse. Os glucocorticóides são essenciais para o funcionamento do cérebro normal, mas a exposição do cérebro fetal a um montante excessivo dessas substâncias tem efeitos duradouros na função neuroendócrina no decorrer da vida (Kapoor e cols., 2006). Esses autores acreditam que o ambiente pré-natal tem uma profunda influência na função endócrina na vida futura do feto e que determinadas fases do desenvolvimento cerebral são mais suscetíveis à

excessiva exposição aos glucocorticóides.

As pesquisas sobre a biologia do estresse mostram como o estresse crônico na gravidez (por exemplo, proveniente de condições de vida extremamente desfavoráveis, tais como a miséria, abuso e negligência) pode prejudicar a formação do cérebro e colocar o sistema de resposta ao estresse continuamente em alerta máximo, passando a mensagem bioquímica “o mundo lá fora está cheio de perigos”, aumentando os riscos de várias doenças crônicas. O cérebro esculpido desta forma fica preparado para sobreviver em ambientes hostis: resposta rápida, pouco controle da impulsividade, capacidade reduzida para ficar calmo e contente (Axness, 2012). A partir dessa influência do ambiente prenatal, muitos bebês apresentam grandes oscilações de humor, são agitados e difíceis de serem consolados porque choram ininterruptamente, gerando nos pais sentimentos de impotência para acalmá-los.

No entanto, o estresse é inevitável e, além disso, tem aspectos positivos. É importante diferenciar os níveis de estresse, inclusive na vida dos bebês e das crianças pequenas e levar em consideração diversas variáveis, tais como a persistência das fontes de estresse, a reação individual a esses episódios e à presença de adultos que ajudem (ou não) a criança pequena a lidar com as situações adversas.

A equipe multidisciplinar de pesquisadores do Center on the developing child da Universidade de Harvard explicitou as diferenças entre três tipos de estresse:

- O estresse positivo - ocorre em um contexto de relacionamentos afetivamente estáveis que ajuda a regular os níveis moderados de cortisol e outros hormônios do estresse ativados para lidar com situações normais e inevitáveis do cotidiano das crianças pequenas, tais como aprender a lidar com frustrações diante dos limites adequadamente colocados, lidar com pessoas desconhecidas, enfrentar o desconforto de um exame médico ou de uma vacina, suportar separações temporárias de pessoas significativas.

- O estresse suportável - é desencadeado por

acontecimentos inesperados, tais como doença grave ou morte de uma pessoa significativa, ferimentos causados por quedas ou acidentes, divórcio dos pais ou desastres naturais (enchentes, terremotos) que desequilibram o contexto em que a criança vive. Essas situações podem gerar níveis mais intensos e duradouros dos hormônios do estresse e prejudicar a arquitetura cerebral, mas esses efeitos são minimizados quando a criança continua a contar com vínculos afetivos que lhe dão apoio e segurança e a ajudam a lidar com a adversidade, resultando na redução das reações fisiológicas do estresse aos níveis básicos. Quando a situação que provoca estresse não é muito duradoura, o cérebro tem tempo de se recuperar e reverter os possíveis efeitos nocivos que ocorreria se a situação estressante se tornasse crônica.

- O estresse tóxico - acontece quando há uma ativação intensa, frequente ou prolongada do sistema fisiológico de gerenciamento do estresse em um contexto de carência de relações afetivas que ofereçam apoio e proteção. Isso ocorre com frequência em casos de extrema pobreza associada a famílias caóticas, que praticam abuso físico e psicológico e negligência de cuidados básicos, depressão materna ou abuso de drogas por parte dos cuidadores ou exposição contínua à violência na comunidade em que a criança vive. Na falta de relacionamentos satisfatórios, a criança por si própria não consegue regular o nível dos hormônios do estresse, que passam a inundar seu organismo. Isso prejudica a arquitetura do cérebro em formação e aumenta o risco de dificuldades posteriores de aprendizagem, memória e autorregulação, assim como em maior vulnerabilidade do sistema imunológico, aumentando a probabilidade de doenças físicas e mentais relacionadas ao estresse.

Gunnar e cols. (2009) sintetizam diversos estudos que mostram que o estresse intenso e prolongado (que se torna tóxico) nos primeiros anos de vida pode resultar em má regulação do sistema neuroendócrino de resposta ao estresse, mau funcionamento do sistema límbico (incluindo o hipocampo e a amígdala) e prejudicando a conectividade sináptica e a neuroplasticidade. O estresse tóxico eleva os

níveis de cortisol por períodos prolongados o que resulta em alterações de regiões do cérebro que se relacionam com a memória e com a capacidade de aprendizagem (McEwen, 2008). O cortisol, um dos principais hormônios produzidos pelo estresse, é altamente neurotóxico para o cérebro fetal (Davis, 2007).

A violência (maus tratos, abuso físico e sexual, negligência e abandono) contra a criança pequena tem repercussões graves em seu desenvolvimento e traz prejuízos para a estrutura e o funcionamento do cérebro (McCrorry e cols., 2011).

O importante é constatar que a maneira como a criança pequena lida com o estresse tem repercussões significativas em sua saúde física e mental no decorrer da vida.

Stott e Latchford (1976) examinaram as correlações entre tensões pré-natais, saúde e desenvolvimento da criança. Os índices de morbidade para doenças físicas da mãe são considerados juntamente com outros fatores que contribuem para a morbidade — tais como tensões pessoais, más condições financeiras, gravidez de mulheres sem companheiros. Os autores concluem que o fenômeno das “famílias de alta complexidade” que geram crianças problemáticas ou deficientes pode ser explicado pelo fato de que o feto é vulnerável à exposição da mãe a tensões interpessoais graves. No entanto, no estudo de Blomberg (1980), cento e trinta e uma crianças a cujas mães se negou aborto foram comparadas com outras cento e trinta e uma crianças: os dois grupos eram semelhantes quanto à incidência de complicações no ciclo grávido-puerperal. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, o que sugere que as crianças de gestações não desejadas não correm maiores riscos de sofrerem complicações. Nesse estudo, a hipótese de que a rejeição da criança teria uma influência negativa na evolução do ciclo grávido-puerperal não foi confirmada.

Alguns estudos feitos com animais também sugerem a influência do ambiente pré-natal nos padrões de comportamento da prole. Thompson (1957) observou que traumas emocionais em ratas durante a gravidez, que provocam

ansiedade materna, aumentam a reatividade emocional da prole. Criou uma situação experimental na qual treinou dez sujeitos a escapar de uma situação ansiogênica. Na gravidez, os cinco sujeitos do GE foram expostos à mesma situação, mas com a saída usual bloqueada, provocando, dessa forma, maiores níveis de ansiedade flutuante; supostamente, as modificações endócrinas resultantes seriam transmitidas ao feto através das trocas sanguíneas materno-fetais. Mantendo sob controle rigoroso as possíveis influências pós-natais, Thompson realizou dois testes de reatividade emocional em trinta filhotes do GE e em trinta do GC com trinta a quarenta dias e com cento e trinta a cento e quarenta dias. Os resultados evidenciaram diferenças significativas no grau de reatividade emocional que persistiam, em parte, até a idade adulta. Thompson comenta que os hormônios do estresse, quando injetados na mãe durante a gravidez, produzem efeitos marcantes na prole através das trocas sanguíneas entre mãe e feto. Uma vez que as emoções fortes podem liberar essas substâncias na corrente sanguínea materna, é justo supor que podem influenciar consideravelmente o desenvolvimento comportamental da prole.

Com o objetivo de ampliar o estudo de Thompson, controlando outras variáveis e aumentando a generalidade dos resultados por ele encontrados por meio do uso de outro estímulo incondicionado (calor em vez de choque elétrico), Morra (1965) empregou quatro níveis de tensão pré-natal em dois períodos da gravidez, a fim de pesquisar as diversas influências do ambiente pré-natal no comportamento pós-natal da prole em quarenta ratas brancas. Os resultados mostraram que maiores níveis de tensão condicionada durante a gravidez resultaram em maior reatividade emocional da prole, confirmando os resultados de Thompson. Evidenciou-se também que o último período da gestação foi mais sensível aos tratamentos experimentais, que os índices de fertilidade e viabilidade foram adversamente alterados pelos tratamentos e que os maiores déficits comportamentais na prole estavam associados aos maiores níveis de tensão materna pré-natal.

Newton e cols. (1968) estudaram as reações de fêmeas de camundongos a alterações ambientais dividindo cem sujeitos impregnados na mesma noite em três grupos: o primeiro recebeu estímulos perturbadores contínuos durante a gravidez; o segundo recebeu estímulos perturbadores periodicamente e o terceiro recebeu um mínimo de estimulação perturbadora. Essas diferenças ambientais influenciaram de maneira significativa o tempo do nascimento do primeiro filhote, a duração do período expulsivo e o índice de mortalidade da prole.

Os sistemas endócrinos da mãe e do feto são complementares: por exemplo, o filho de uma mãe diabética tende a apresentar hipertrofia das ilhotas de Langerhans e a segregar um excesso de insulina nos primeiros dias de vida. Além disso, sabe-se que as glândulas endócrinas são basicamente órgãos terminais de partes superiores do cérebro. Atuando através do hipotálamo e da pituitária, a tensão emocional pode alterar profundamente o equilíbrio hormonal do corpo: fenômenos como a amenorréia hipotalâmica, em que a supressão da menstruação é causada por tensões emocionais, e a pseudociese, em que mudanças físicas profundas ocorrem sem causas orgânicas, demonstram os efeitos dos estados emocionais no sistema endócrino. Portanto, o ambiente pré-natal parece desempenhar um papel importante na determinação de características fisiológicas e comportamentais do recém-nascido.

Também os estados depressivos da mãe durante a gravidez parecem contribuir para um aumento significativo do choro e da irritabilidade do recém-nascido. Zuckerman e cols. (1990) correlacionam sintomas depressivos de mil cento e vinte e três grávidas com o comportamento de seus bebês nascidos a termo e avaliados por outro conjunto de observadores nas primeiras setenta e duas horas após o parto, num amplo projeto de estudo sobre saúde materna e comportamento dos bebês. Verificaram que quanto maior o grau de sintomas depressivos da grávida maior a tendência dos bebês de apresentarem choro excessivo e dificuldade de serem acalmados.

A possibilidade de observar o comportamento do feto através de aparelhos mais sofisticados de ultrassom abriu um novo campo de pesquisas da relação entre ansiedade materna e comportamento fetal. Rossi e cols. (1989) observaram a motilidade fetal em quinze grávidas antes de serem submetidas à amniocentese e quinze grávidas antes de um exame ultrassonográfico de rotina. O grau de ansiedade materna foi avaliado pelo State-Trait Anxiety Inventory. Tanto o grau de ansiedade quanto o de motilidade fetal foram significativamente maiores nas gestantes que iriam ser submetidas à amniocentese. Esses resultados sugerem que mudanças fisiológicas persistentes no feto decorrentes da ansiedade materna podem afetar o desenvolvimento psicofísico posterior.

A crença de que as emoções da gestante afetam a criança que traz dentro de si é muito antiga, mas somente nas últimas décadas despertou o interesse científico. Embora se tenham formulado várias hipóteses acerca do impacto da psicofisiologia materna no feto, ainda há muita resistência para aceitar que as emoções maternas representam um “ambiente” pré-natal que influencia os padrões de conduta do novo ser. No entanto, observa-se que algumas atitudes maternas são “transmitidas” ao feto por meio de comportamentos emocionalmente motivados que podem interferir seriamente no desenvolvimento fetal. Assim, por exemplo, a hostilidade e a rejeição da gravidez podem ser “transmitidas” através de uma tendência a acidentes, descuido da alimentação, obesidade, excesso de fumo, álcool e drogas, tais como tranquilizantes e soporíferos. Mas é possível ainda que os conflitos emocionais da gestante sejam expressos através do sistema endócrino e do hipotálamo, que, por sua vez, atuam sobre a vascularização, oxigenação e atividade do útero.

Em suas pesquisas com sessões realizadas sob LSD e, posteriormente, com uma combinação especial de música, relaxamento e respiração acelerada e profunda, Grof (1976) trabalhou com ampliação dos níveis de consciência e com fenômenos regressivos; observou a possibilidade de lembrar e evocar sensações relacionadas não apenas com o nascimento, como também com a vida fetal: ao que

parece, o feto consegue captar estados afetivos da mãe — ansiedade, choques emocionais, raiva, depressão, satisfação, serenidade, felicidade. Grof levanta a possibilidade de haver uma comunicação telepática entre mãe e filho durante a gestação. Além de sentir desconforto, o feto, ao que tudo indica, vivencia também um estado de consciência caracterizado por profundo bem-estar e unidade com a mãe através das trocas metabólicas e energéticas que se processam entre os dois.

Chamberlain (1990) diz que, embora os conhecimentos recentes tenham descoberto muitas coisas sobre o funcionamento do cérebro e a memória, ainda há áreas enormes de pesquisa para serem mais exploradas: a evidência de lembranças do nascimento e da vida pré-natal em crianças e adultos em estados ampliados de consciência pode levantar novas questões com relação aos mecanismos de armazenagem de recordações passadas na memória. Enfim, a evolução das pesquisas na área da memória das vivências pré-natais poderá esclarecer muitos aspectos dos primórdios da formação da personalidade e das emoções básicas do ser humano.

Em síntese, na pesquisa dos aspectos psicológicos e psicossomáticos da gravidez, parto e puerpério é possível diferenciar dois níveis: o nível diagnóstico, em que se tenta elucidar com maior clareza as complexas relações entre fatores como personalidade, história pessoal, contexto sociocultural e qualidade dos diferentes aspectos do ciclo grávido-puerperal; o nível prognóstico, com o objetivo básico de aperfeiçoar os instrumentos de avaliação a fim de possibilitar intervenções precoces nos casos propensos a apresentar problemas psicossomáticos, tais como parto prolongado por disfunção uterina, parto pré-temo, toxemia ou hiperemese gravídica. O objetivo final é atingir níveis mais refinados de predição, com a finalidade de prevenir complicações maternas e fetais que protegeriam não só a saúde física da díade materno-filial, mas também teria uma indubitável influência benéfica na consolidação da ligação emocional entre mãe e filho.

CAPÍTULO III - OS PRINCIPAIS MÉTODOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO

As raízes históricas do Método Psicofilático (MPP) encontram-se no método criado por Read (1942), um obstetra inglês que propôs a existência do ciclo medo-tensão-dor para explicar a origem da dor do parto. É o método mais antigo de preparação para o parto e consiste em desfazer esse ciclo reduzindo o medo através de informações corretas sobre as transformações físicas da gravidez e do parto, diminuindo a tensão muscular por meio do ensino do relaxamento e da redução do medo; esses procedimentos, por sua vez, resultariam na diminuição da intensidade da dor.

Para Read, a dor do parto normal surge da ativação do sistema nervoso autônomo provocada pelo medo, que produz excesso de tensão no útero, cujas sensações são, então, interpretadas como dolorosas nos núcleos da área talâmica. O medo provoca também a diminuição da circulação sanguínea no útero, dificultando a dilatação, prejudicando o curso natural do parto e aumentando o desconforto. Portanto, o medo da dor produz uma dor real por conta da tensão patológica.

Na introdução da reedição integral do texto original de Dick-Read, Michel Odent (2004) ressalta a sensibilidade e a capacidade de observação desse obstetra, que considerava primordial atender a necessidade de a mulher sentir-se segura no trabalho de parto, uma vez que a adrenalina (hormônio secretado quando estamos diante de uma situação perigosa) e a ocitocina (o hormônio necessário para ativar as contrações uterinas) são antagônicos.

O método psicofilático propriamente dito foi originalmente criado por dois psiconeurologistas (Velvovski e Platonov) e um obstetra (Nicolaiev) na Rússia, em torno de 1949, tendo como base a teoria dos reflexos condicionados de Pavlov. Como Read, reconheciam a influência cultural como fator fundamental no fenômeno da dor do parto e

também acreditavam que através da abordagem educacional seria possível descondicionar o medo e produzir novos reflexos condicionados associados às contrações uterinas que permitissem à parturiente uma participação mais ativa no trabalho de parto. Portanto, tanto o trabalho russo quanto o inglês tinham como objetivo reduzir a dor do parto.

Posteriormente surgiu um terceiro método de trabalho que sintetizou e ampliou os dois primeiros. Em 1951, F. Lamaze, um obstetra francês, entrou em contato com o método russo, introduzindo-o na França e em outros países (Lamaze, 1956), enfatizando as técnicas respiratórias. Posteriormente, em 1958, Read, reconhecendo a semelhança entre seu método e o de Lamaze, propôs a denominação comum de método psicoprofilático para todas essas técnicas, cujo objetivo principal é a prevenção ou redução da dor por meios psicológicos e físicos que ajudam a mulher a dar à luz conscientemente, com um mínimo de analgesia ou anestesia. Uma apresentação mais detalhada das raízes históricas do MPP pode ser encontrada em Gavensky (1971). Em 1959, surgiu, em Buenos Aires, a Escola Municipal de Psicoprofilaxia Obstétrica, dando formação para médicos e parteiras.

Embora a dor seja um fenômeno sensorial, o medo e a ansiedade podem aumentar a percepção de sua intensidade. Logo, a dor não pode ser considerada como resultante de um percepto objetivo. Ajuriaguerra (1959) cita a definição dada por Rof Carballo, que encara a dor como uma reação e uma percepção, sendo ao mesmo tempo uma forma de expressão altamente individualizada que varia de pessoa a pessoa; é também uma manifestação emocional que depende da experiência e da história passada da pessoa.

Portanto, em parte, a dor do parto é socialmente aprendida através da tradição cultural e pode ser desaprendida através da formação de novas associações ou padrões de resposta. Dessa forma, a educação para o parto ajudaria a mulher a desfazer a associação entre contração uterina e dor e a aprender uma nova associação entre contração e

resposta respiratória juntamente com o relaxamento muscular.

Lamaze explica a percepção da dor do parto em termos pavlovianos, considerando-a como um fenômeno cortical de processos cerebrais complexos nos quais a excitação e a inibição se induzem mutuamente: o limiar da percepção da dor é determinado pelo equilíbrio entre as intensidades desses dois fenômenos. A maior parte da dor do parto resulta das excitações interoceptivas originadas no útero e depois transmitidas para o cérebro, onde ficariam associadas aos reflexos condicionados pela dor (Lamaze, 1956). Portanto, o método de Lamaze tem como finalidade formar um novo reflexo condicionado: o reflexo de contração - respiração - relaxamento. Dessa forma, as contrações uterinas deixam de representar um sinal para a dor e passam a evocar a resposta de respiração e relaxamento. Lamaze afirma que os estímulos das contrações uterinas são canalizados para um novo foco cortical e isso representa um artifício analgésico. Embora os modelos neurais subjacentes a essa explicação da dor já estejam superados, o modelo de condicionamento permanece válido.

Aspectos técnicos do MPP e seus efeitos psicológicos

Se compararmos, na prática, os métodos de Read e Lamaze, veremos que, apesar das diferenças de interpretação teórica, há uma enorme semelhança no aspecto técnico-didático. O programa geral do MPP envolve: a) informações cognitivas sobre o ciclo grávido-puerperal, para corrigir noções errôneas e reduzir o medo do desconhecido, desfazendo antigas associações entre parto e dor; b) o ensino de exercícios para fortalecer a musculatura perineal, os músculos abdominais e da parte interna das coxas, além de exercícios de postura para melhorar o estado físico geral durante a gravidez; c) o ensino de exercícios respiratórios para o trabalho de parto com o objetivo de condicionar a nova associação contração uterina — respiração adequada — relaxamento; d) o ensino de exercícios de relaxamento.

Tanto Read como Lamaze enfatizam a importância de dar

apoio à parturiente, bem como a necessidade de aumentar a autoconfiança da mulher e o poder sugestivo do médico. Nesse nível, a analgesia pode ser obtida por dois mecanismos: no primeiro, a redução da ansiedade modifica diretamente a percepção da dor; no segundo, a redução da ansiedade afeta a qualidade das contrações uterinas, diminuindo a dor pela atuação nas principais causas psicossomáticas.

As bases teóricas do MPP não consideram a importância das necessidades psicosssexuais da grávida. Enfatizando maciçamente a redução da dor e do medo, o método não aborda as experiências afetivas básicas que continuam exercendo efeitos duradouros na saúde mental da mulher e no equilíbrio de toda a constelação familiar.

A preocupação básica de Chertok (1966) é criticar a base teórica insuficiente do MPP, que não consegue explicar adequadamente a grande variação de graus de eficácia, o fato de que algumas mulheres bem treinadas fracassam na utilização das técnicas no trabalho de parto e algumas mulheres não preparadas têm partos relativamente indolores. Acredita que a dor como fenômeno complexo com múltiplos determinantes psicológicos não tem sido suficientemente investigada, em especial à luz dos estudos de personalidade. Em seu estudo rigorosamente controlado, Chertok demonstrou a existência de uma associação entre fatores de personalidade e qualidade da gravidez e do parto. A hipótese básica é que as mulheres que apresentam maior grau de dificuldade em sua história pessoal têm os piores partos. Utilizou entrevistas semidiretivas como instrumento básico a partir das quais se estabeleciam dois índices de “negatividade” — um da história pessoal e o outro da gravidez. A negatividade é um conceito operacional que representa o somatório de experiências ruins que formam um potencial de ansiedade e capaz de atuar diretamente na intensidade da dor sentida no parto.

Com uma amostra de cento e dezesseis primíparas (noventa preparadas e vinte e seis não preparadas), fizeram-se três entrevistas semidiretivas de anamnese na gravidez e acompanhou-se a evolução do trabalho de parto

de cada sujeito, organizando-se as observações segundo critérios objetivos. Chertok chegou a resultados interessantes: a baixa negatividade correlaciona-se com a boa qualidade do parto (em termos de intensidade de dor, controle e cooperação); os efeitos da negatividade interferem nos efeitos da preparação: embora em média as mulheres preparadas tivessem tido partos melhores do que as não preparadas, descobriu-se que a associação entre baixa negatividade e preparação possibilitava os melhores partos, a baixa negatividade sem preparação possibilitava partos razoavelmente bons, a alta negatividade com preparação resultava em partos mais ou menos ruins e a alta negatividade sem preparação resultava nos piores partos. Ficou clara a combinação de fatores de personalidade com os efeitos da preparação.

Resultados como esses ajudam a esclarecer as razões dos efeitos diferenciais dos métodos de preparação em função das características individuais das mulheres: experiências passadas influem na qualidade do parto — elas podem ser em parte compensadas pela preparação, mas não anuladas. Chertok verificou também algumas características comuns nas mulheres que recusavam a preparação: maior incidência de conflitos em relação à família, dificuldades atuais de estabelecer relações, maior grau de atitudes defensivas, mais tendência a negar as ansiedades despertadas pela gravidez.

Na tentativa de ampliar o alcance e a eficácia do método psicoprofilático, Videla (1990) o definiu como um conjunto de técnicas psicológicas que incluem os cuidados preventivos com variáveis pessoais, familiares, profissionais e institucionais centradas no tema do nascimento humano. Dentro dessa noção, a técnica de trabalho mescla ensino, interpretação e ação efetiva, visando fazer do parto a melhor experiência possível. Integrando a visão psicanalítica, a teoria da crise e a análise institucional, o MPP deixa de ser apenas uma técnica de trabalho obstétrico para ser um trabalho interdisciplinar de assistência: dessa forma, deixa de ser um “treinamento para o parto” para ser uma forma de entendimento maior do nascimento e uma busca de melhor qualidade assistencial.

Vale ressaltar que, em outras épocas e em diversas culturas, foram desenvolvidos vários métodos para lidar com a dor do parto, bem diferentes dos métodos ocidentais modernos: desde infusões com plantas específicas a rituais mágicos, massagens e suporte de outras mulheres. A “abordagem psicosssexual” de Sheila Kitzinger (Kitzinger, 2005) incorpora elementos do método psicoprofilático e prepara a mulher para atuar ativamente no trabalho de parto, em vez de se comportar como paciente passiva, considerando o parto como uma experiência fundamental da psicosssexualidade feminina. Quando a mulher consegue “passar pelas contrações”, em vez de sentir-se atacada por elas, a percepção da dor diminui (Kitzinger, 2006).

Em suma, o parto é um fenômeno complexo que envolve fatores biológicos, sociais, psicológicos e assistenciais e é um processo psicossomático por excelência. Medo, ansiedade, sentimento de estar desamparada, mal assistida, sem suporte emocional ou submetida a rígidas rotinas hospitalares aumenta a sensação de dor e de desconforto. Portanto, os métodos de preparação para o parto devem ser examinados, interpretados e reavaliados segundo um ponto de vista psicossomático.

Tendências teóricas e suas aplicações práticas

O método psicoprofilático foi, depois da hipnose, a primeira tentativa sistemática de atendimento psicológico à gestante. Tinha, no entanto, o objetivo limitado de possibilitar a analgesia psicológica no trabalho de parto por meio do treinamento em exercícios físicos e técnicas de respiração e relaxamento. O foco era o desempenho da parturiente no trabalho de parto, estimulando sua participação consciente e sua cooperação ativa no processo do nascimento. As modificações técnicas atuais do MPP já incluem o período do puerpério com instruções sobre a amamentação e as necessidades físicas do bebê. Mas a intervenção é fundamentalmente educacional, com ênfase nas informações objetivas e no treinamento somático. As participantes não são encorajadas a expressar as vivências emocionais em relação à maternidade: o instrutor desempenha um papel central, o que não facilita a

expressão individual dos sentimentos. Predomina o clima “racional”, objetivo, estruturado.

Antigos métodos, como a hipnose, podem ser associados com tendências mais recentes, como a preparação educacional para o parto. Esse é o tema de um trabalho de Harmon e cols. (1990), que mostra os benefícios da analgesia por hipnose no trabalho de parto num grupo de sessenta mulheres que tinham frequentado um curso de preparação para o parto. Os sujeitos foram divididos em dois grupos (alta e baixa suscetibilidade à hipnose) antes do início do curso de seis aulas: metade dos sujeitos de cada grupo foi submetida à indução hipnótica antes de cada aula e os sujeitos de controle receberam somente exercícios de respiração e de relaxamento para o parto. Tanto as mulheres que receberam hipnose como as altamente suscetíveis relataram pouca dor no trabalho de parto. Os partos das mulheres preparadas e submetidas à hipnose tiveram períodos de dilatação mais curtos e menor quantidade de medicação, e os bebês tiveram índices Apgar mais altos, em comparação com os grupos de controle; as mulheres altamente suscetíveis e que receberam hipnose foram as que menos apresentaram sintomas depressivos após o parto, em comparação com os outros três grupos. Ao que parece, a associação de hipnose com preparação educacional traz um efeito benéfico no trabalho de parto.

Resultados semelhantes foram obtidos por Oster (1994), que também associou a indução hipnótica com métodos de preparação para o parto.

Sob a influência das correntes psicanalíticas e da teoria da crise, surgiram outras perspectivas de atendimento psicológico à gestante. A partir do tratamento psicanalítico de pacientes que engravidavam obteve-se uma compreensão mais profunda das vivências psicológicas da maternidade. Langer (1951) apresentou diversos relatos de tratamento psicanalítico na gravidez, demonstrando seu valor para a elaboração da função materna. Surgiram, então, duas abordagens técnicas básicas no trabalho psicoterápico com gestantes: a psicoterapia de grupo e a psicoterapia breve individual. Com o desenvolvimento da

teoria da crise e dos programas de prevenção, o atendimento psicológico na gravidez foi considerado como trabalho de prevenção primária, definida por Caplan (1967) como a tentativa de reduzir a incidência de novos casos de distúrbios psicológicos por meio do combate de fatores etiológicos nocivos, da modificação ambiental e do fortalecimento das capacidades do indivíduo para enfrentar situações novas. O atendimento psicológico à gestante é importante nesse aspecto, uma vez que é durante a gravidez que se constroem os alicerces do relacionamento entre os pais e o bebê e quando começam a surgir as primeiras tensões, que, se abordadas nessa fase, tendem a ser mais rapidamente superadas, favorecendo o crescimento emocional e a formação de vínculos mais saudáveis para a criança e para a estrutura familiar.

O foco deixou de ser o treinamento de técnicas de analgesia psicológica para o trabalho de parto e se ampliou no sentido de favorecer a boa consolidação do vínculo entre a família e o bebê. A intervenção em crise na gravidez utiliza diferentes técnicas grupais: grupos que incluem treinamento em técnicas de analgesia psicológica, grupos que não incluem esse treinamento e que consistem basicamente em discussões entre as participantes a respeito das vivências emocionais da maternidade; grupos relativamente não-estruturados que oferecem pouca informação “objetiva” ou grupos semi-estruturados, onde essas informações são dadas após a elaboração das vivências; grupos que se iniciam nos primeiros meses de gravidez e se estendem até a proximidade do parto ou se prolongam até o puerpério; grupos que se iniciam no último trimestre e têm um número fixo de sessões; grupos compostos só de gestantes e grupos que incluem também os companheiros em algumas ou em todas as sessões; grupos coordenados por um obstetra e um profissional de saúde mental — psicólogo ou psicanalista — atuando ao mesmo tempo ou em separado e grupos coordenados sem a participação do obstetra.

Apesar dessas variações técnicas, o objetivo central é o mesmo — a preparação para a maternidade e a paternidade através do fortalecimento dos mecanismos adaptativos do

ego e da redução da ansiedade; domínio cognitivo da situação, com ênfase na técnica de discussão grupal, cujo material é tratado através de reflexão de sentimentos, reasseguramento e orientação antecipatória, reduzindo-se ao mínimo as interpretações “profundas”. Trata-se, portanto, de ajudar a gestante a elaborar bem a situação presente, independentemente das possíveis experiências de desajustamento no passado: a finalidade básica não é uma “cura” nem uma reestruturação profunda da personalidade, mas uma tentativa de melhorar o funcionamento presente e futuro por meio da elaboração da experiência imediata. Em suma, a tendência atual é dar à abordagem educacional um cunho fundamentalmente psicológico, ampliando o objetivo geral de preparação para a maternidade e paternidade.

Para Kitzinger (2006), um dos efeitos dos grupos de preparação seria o equivalente aos ritos de passagem que, nas sociedades primitivas, marcam as grandes transições do ciclo vital. Essa autora mostra também que, embora nossa sociedade hoje reconheça os problemas da adolescência, ainda não se deu conta claramente das dificuldades da gravidez e, por isso, não oferece o apoio necessário. Isso não acontece na maioria das sociedades primitivas e rurais, que oferecem vários rituais de transição, definindo o papel da grávida, oferecendo ajuda por meio do contato com mulheres mais velhas e mais experientes. Portanto, nas sociedades mais desenvolvidas, a “cultura da gravidez”, embora tecnologicamente superior, é, do ponto de vista ritual, mais empobrecida.

A psicoterapia breve na gravidez e no pós-parto

A psicoterapia breve é um atendimento com tempo e objetivos limitados que pode ser feito individualmente ou em grupos. Os principais aspectos técnicos são: a ênfase no presente, nos conflitos atuais e nas principais relações interpessoais envolvidas na situação corrente; a análise das resistências circunscrita apenas às defesas mais superficiais, acessíveis e relacionadas com o momento presente; o não-desenvolvimento da neurose de transferência; e a análise das reações transferenciais mais

evidentes, sobretudo se estiverem impedindo o andamento do trabalho terapêutico (Wolberg, 1967).

A psicoterapia breve tem sido empregada, na gravidez, tanto individualmente quanto em grupos. Colman e Colman (1971) relatam uma experiência grupal com catorze primíparas que começou no primeiro trimestre da gravidez e terminou alguns meses após o parto, incluindo os bebês nas sessões semanais de uma hora de duração. O objetivo básico era obter uma maior compreensão da psicologia da maternidade em primíparas, e, portanto, o papel do terapeuta era basicamente o de observador participante. Em contraste, com uma abordagem predominantemente educacional, esse grupo terapêutico não tinha um número fixo de sessões e havia liberdade de escolha dos tópicos a serem abordados: estes não eram preestabelecidos e nem se tentava dar informações específicas. O clima era, portanto, pouco estruturado.

A assistência psicoterápica na gestação e no parto pode contar com diferentes abordagens, como, por exemplo, a musicoterapia. Gonzalez (1989) descreve um programa de assistência à gravidez e ao parto visando reduzir a ansiedade nos últimos meses de gestação, diminuir a necessidade de medicação analgésica no trabalho de parto e oferecer estimulação e relaxamento ao feto e ao recém-nascido. Os dados colhidos com vinte e uma primíparas mostraram resultados satisfatórios, incluindo uma marcante redução de ansiedade na gravidez e no parto e a possibilidade de acalmar o bebê por meio de temas musicais apresentados no final da gestação.

Carter e cols.(1991) descreveram uma abordagem em psicoterapia breve com grupos de mães adolescentes para ajudar a superar as dificuldades de entender a comunicação do bebê, utilizando a técnica de “falar pelo bebê”: o terapeuta fala descrevendo como o bebê supostamente estaria sentindo ou pensando em reação ao modo da mãe responder aos seus sinais (por exemplo, “eu me sinto bem quando você me pega ao colo com carinho”).

Outra área importante de intervenção com psicoterapia breve, tanto na gestação como no decorrer do primeiro ano

após o nascimento, é o atendimento a famílias com gestações múltiplas. Com a expansão da tecnologia da reprodução humana, em especial com o uso de medicamentos para aumentar a fertilidade, aumentou a incidência de gestações múltiplas. É óbvio que o desenvolvimento do vínculo com dois ou mais bebês é uma questão complexa, ainda mais se considerarmos que muitos desses bebês nascem com baixo peso e quase sempre necessitam de um período de internação em UTI neonatal. Menzel e Rotnem (1990) descrevem uma abordagem de psicoterapia breve feita em domicílio, o que propicia a criação de uma atmosfera mais aconchegante de atendimento e um campo natural de observação da interação entre pais e bebês. Entre outras coisas, é possível, dessa forma, encorajar os pais a dedicar um pouco de tempo individual para cada bebê, a fim de que se formem vínculos particulares, evitando que os pais se relacionem com os bebês como se formassem um grupo indiferenciado.

O grupo de preparação para a maternidade e a paternidade

No início da década de 1970, no Brasil, havia uma espécie de “vácuo” no campo da preparação para a maternidade e a paternidade: o método psicoprofilático — abordagem tradicional da preparação para o parto — já não estava mais no apogeu da popularidade. Quase nada havia sobre uma abordagem psicológica e, muito menos, multidisciplinar a respeito dos fenômenos do ciclo grávido-puerperal. Era preciso começar a abrir trilhas para implantar novos modelos de assistência em um contexto de pouca permeabilidade ao trabalho do psicólogo — profissão regulamentada apenas na década de 1960, em contraposição ao poder médico há tantos séculos estabelecido. A pouca prática de trabalho interdisciplinar estimulava muito mais a competição e o isolamento através do “vocabulário técnico” do que a cooperação e a comunicação por meio de uma linguagem que todos pudessem entender.

Por outro lado, no cenário mundial dessa época, a jovem ciência da psicologia e a prática psicoterápica ainda

estavam quase integralmente voltadas — no campo clínico — para o estudo da patologia e para a preocupação de desenvolver novas abordagens de tratamento. Só depois começou a construção de teorias do desenvolvimento que consideram a evolução da personalidade durante todo o ciclo vital e reconhecem a importância das transições e das crises nesse processo. Ao se conhecer melhor as raízes dos problemas emocionais e os sutis mecanismos de interação na formação dos vínculos, aumenta a possibilidade de criar alternativas de assistência em nível preventivo. Aí se situou o trabalho psicológico com gestantes.

No início da implantação desse trabalho, foi preciso definir o modelo a ser adotado. Historicamente, na preparação para o parto pelo método psicoprofilático (MPP), empregava-se o modelo de “curso”, com aulas sobre temas preestabelecidos, com informações detalhadas sobre os acontecimentos do ciclo grávido-puerperal. Porém, esse modelo limitava a expressão das vivências e das emoções dos participantes do grupo, na medida em que predominava o clima racional e objetivo das informações. Porém, o modelo de grupo utilizado em psicoterapia ou análise de grupo não parecia adequado por concentrar-se exclusivamente na expressão e elaboração das vivências, sem a inclusão do aspecto informativo. A tarefa inicial foi criar um modelo adequado de assistência preventiva.

O modelo inicial, na época denominado pela autora “Intervenção Psicológico-Educacional” (IPE), adotava procedimentos tradicionais, tais como informações, exercícios de sensibilização corporal, relaxamento e respiração sob uma perspectiva teórica e prática diferente, tentando aprofundar os elementos psicoterapêuticos casualmente existentes no método tradicional de preparação para o parto. Embora contivesse elementos do MPP, a IPE não se limitava apenas a gestantes que desejassem parto sem anestésicos, mas podia também ser oferecida a grávidas que desejassem parto com anestesia ou que, por alguma razão médica, precisassem de parto cesáreo (Maldonado, 1974), na medida em que os objetivos básicos eram a preparação para a maternidade e a paternidade, a redução do nível de ansiedade no ciclo grávido-puerperal e o alcance de novos

níveis de integração e amadurecimento da personalidade.

No início, a autora considerava que apenas para os casos de mulheres que apresentavam quadros psicopatológicos graves ou as que insistiam intensamente em ter parto cesáreo por motivos psicológicos a IPE não seria suficiente, por tratar-se de abordagem de duração limitada a doze sessões com grupos pequenos de casais ou só de gestantes a partir do segundo trimestre de gravidez, primíparas ou multíparas, de personalidades razoavelmente bem ajustadas. Para os casos mais graves, a autora pensava que a psicoterapia, fosse ela individual ou grupal, breve, longa, de base analítica, ou humanista (centrada na pessoa), seria o tratamento de indicação (Maldonado, 1974b). Posteriormente, descobriram-se outros modelos de funcionamento grupal e outras modalidades de assistência, inclusive a possibilidade de atendimento psicoterápico individual ou grupal, paralelo ao grupo de preparação, em qualquer idade gestacional.

Os três vetores básicos da IPE eram: a transmissão de informações sobre o ciclo grávido-puerperal; os exercícios de sensibilização corporal e de estética pós-parto e o treinamento de técnicas de relaxamento e respiração para o parto; os grupos de discussão sobre as vivências emocionais envolvidas na situação de ter um filho e o impacto da gravidez na situação familiar. Posteriormente, a inclusão de respiração e relaxamento passou a depender do desejo do grupo e também das limitações de determinados modelos grupais: por exemplo, no modelo de grupo de sala de espera, é quase impossível incluir esse vetor. Em termos de técnica, é fundamental trabalhar a dialética vivências-informações: as intervenções mais utilizadas são a reflexão de sentimentos, a orientação antecipatória e o reassentamento. Estes e outros tipos de intervenção são mais extensamente abordados em outro livro (Maldonado e Canella (2009).

As informações objetivas são oferecidas não apenas com a finalidade de esclarecer o desconhecido ou de reduzir ansiedade e medo, como no MPP. Enfatiza-se a aprendizagem emocional, em contraposição à

aprendizagem meramente cognitiva, pois só a primeira é capaz de favorecer mudanças significativas. Por isso, tornou-se importante abrir mão do esquema de “aulas” e começar cada sessão com o assunto espontâneo do grupo. A maneira de transmitir as informações é também muito importante: os termos técnicos são reduzidos ao mínimo, e procura-se, sempre que possível, estabelecer analogias entre os processos somáticos e os emocionais.

Assim, por exemplo, ao se informar sobre o papel da placenta na nutrição e no desenvolvimento do feto, comenta-se sobre o futuro papel da mãe como substituta da placenta nos primeiros meses de vida extrauterina, assumindo as funções de nutrir, cuidar; quando se fala que a placenta tem um lado materno e um lado fetal e que o sangue da mãe e o do filho não se misturam, comenta-se que, em termos humanos, isso tem um paralelo importante — o fato de que a simbiose nunca é total e desde o início de sua formação a criança tem individualidade própria; ao se explicar a lei da procura e da oferta na amamentação — quanto mais o bebê suga, mais leite a mãe produz —, vemos uma analogia emocional importante: a demanda de amor e carinho do bebê não “seca” a mãe, mas, ao contrário, pode ampliar sua capacidade de dar afeto e, ao mostrar esse aspecto, é possível reduzir ansiedades a respeito de fetos e bebês vorazes que destroem com suas exigências. Ao comentar sobre os tipos de parto, acentua-se o aspecto da imprevisibilidade da hora e do desenrolar do processo, o que, paralelamente, corresponde à própria imprevisibilidade da vida com suas oscilações e momentos inesperados em que nem tudo está sob nosso controle. Quando se fala que o desencadeamento do processo de parto depende de fatores maternos e fetais, comenta-se que também esse aspecto existe no relacionamento da mãe com o filho, cujas características dependem dos dois. O ritmo do parto — mais lento ou mais rápido — corresponde analogamente ao ritmo do próprio ser de cada um, ao ritmo variável da capacidade de crescer e modificar-se. Convém falar também na possibilidade de que o parto não transcorra da maneira desejada e que seja vivido mais como experiência frustrante do que gratificante e tenta-se

mostrar o outro aspecto das experiências de frustração como igualmente enriquecedoras, pois mostram com clareza a dimensão de limitação e não onipotência na existência humana.

Além do aspecto de aprendizagem emocional, as informações também são oferecidas dentro de um contexto de “orientação antecipatória” — uma técnica amplamente utilizada na intervenção em crise com o objetivo básico de preparar a pessoa para enfrentar uma crise previsível de maneira mais saudável através do domínio cognitivo da situação e do fortalecimento dos mecanismos adaptativos do ego. Para Janis (1958), quando a pessoa enfrenta uma situação crítica de antemão, sabendo o que vai encontrar e como manejar as dificuldades, ficará psicologicamente mais preparada para suportar a tensão real. Com a experiência de preparação de pacientes em fase pré-operatória, verificou que, quando conheciam de antemão os detalhes da cirurgia e do que provavelmente ocorreria, os pacientes enfrentavam a situação de maneira mais confiante e adaptativa. Janis, então, considerou a orientação antecipatória como uma “vacina emocional”, enfatizando a necessidade de apresentar de antemão a situação em detalhes reais, sem negar os aspectos difíceis ou dolorosos e, ao mesmo tempo, mostrando modos de enfrentar a situação dentro de uma perspectiva de otimismo realista, permitindo a livre expressão dos sentimentos de angústia ou temor. No grupo de gestantes, essa técnica é utilizada quando, por exemplo, fala-se sobre o trabalho de parto, desde o aparecimento dos sinais, passando pelo período de dilatação e culminando no período expulsivo e na saída da placenta. Convém falar também sobre os aspectos da rotina hospitalar — a lavagem intestinal, a raspagem dos pêlos pubianos, a episiotomia, a passagem da sala de pré-parto para a sala de parto, os efeitos da anestesia, o processo involutivo do puerpério, as eventuais dificuldades da lactação e seu manejo, os problemas comuns do relacionamento com o bebê nas primeiras semanas.

As informações servem também para evocar vivências emocionais importantes para discutir no grupo. Inicialmente, considerou-se que a apresentação de imagens

desempenhava um papel fundamental. Em um dos grupos coordenados pela autora, as imagens do período expulsivo do parto fizeram uma gestante chorar; interrompeu-se a projeção para ajudar a expressão dos sentimentos do grupo. A mulher associou à visão do bebê nascendo o medo de não se “comportar” bem no parto, “estragar tudo” e sufocar o bebê. Isso mobilizou no grupo a expressão de sentimentos comuns de medo em relação ao parto e ao que aconteceria com elas e com os bebês e permitiu também a verbalização de sentimentos de autocrítica, insegurança e desvalorização a respeito de si próprias.

É necessário atentar para o manejo das perguntas que surgem no grupo. Um dos perigos do excesso de informação, sobretudo quando é dada de forma muito técnica, é inibir a expressão dos sentimentos, favorecendo a predominância dos mecanismos intelectuais e racionais. Em termos da dinâmica do grupo, o efeito principal será o empobrecimento da discussão e o surgimento de perguntas “objetivas”, fechando o círculo vicioso. No entanto, a pergunta “objetiva” contém outra mensagem — “subjetiva” e profundamente emocional — que precisa ser decodificada em primeiro lugar para que depois se ofereça a informação. Em uma sessão de grupo, a autora observou uma mulher que fez três perguntas “objetivas” com a mesma temática emocional: mostrou-se preocupada porque no dia provável da concepção tinha ido a uma festa e tomado bebidas alcoólicas, perguntando se isso poderia interferir na formação do feto; logo após, perguntou se as relações sexuais poderiam prejudicar o curso da gravidez e, em seguida, comentou que evitava dormir de lado porque temia amassar o neném, perguntando se era melhor dormir de costas durante a gravidez. Essas três perguntas continham uma mensagem comum: a sensação de se sentir perigosa por pensar ter tantas coisas ruins dentro de si que poderiam fazer mal ao filho.

A informação também tem o aspecto de orientação. Por exemplo, ao abordar a amamentação, discutem-se não só as vivências emocionais a respeito do próprio leite (se vai ser fraco ou forte, em quantidade suficiente, se vai prejudicar ou não a estética dos seios, se vai escravizar a

mulher ou sugá-la demais), mas também o manejo correto que favorece uma boa lactação é ensinado: como evitar os mamilos doloridos ou fissurados colocando e retirando o bebê do seio de forma correta, evitando o ressecamento da pele do mamilo; como prevenir o ingurgitamento dos seios amamentando várias vezes ou retirando o excesso de leite com uma bomba; como tratar de um ingurgitamento que não conseguiu ser evitado por meio de compressas quentes e da remoção do excesso de leite; como manter um nível satisfatório de produção de leite amamentando a intervalos de duas ou três horas nos dois seios, evitando a complementação com leite em pó, mantendo uma alimentação adequada à base de proteínas e líquidos, e procurando evitar a tensão e a fadiga para não inibir o reflexo de liberação.

A informação também se reveste dessa característica de orientação quando se aborda o problema das necessidades psicológicas do recém-nascido. Comenta-se a diferença entre o ambiente intrauterino e o extrauterino e a necessidade de, nas primeiras semanas, reproduzir alguns aspectos do ventre materno para suavizar o impacto da mudança e facilitar a adaptação do recém-nascido, como, por exemplo, manter luz difusa no quarto do bebê, colocá-lo num berço aconchegante com o corpo cercado de almofadinhas para manter a sensação de aconchego, evitar excesso de ruídos e estimulação e, sobretudo, enfatizar a importância do contato epidérmico entre os pais e o bebê no aprofundamento da relação e na transmissão de afeto; mostra-se a necessidade de gradualmente introduzir estimulação, como, por exemplo, maior luminosidade, brinquedos pendurados no berço, na medida em que o bebê vai descobrindo o mundo, as pessoas e o próprio corpo.

Os exercícios de sensibilização corporal baseados no método psicosssexual de Kitzinger (1962) e de estética pós-parto, o treinamento de técnicas de relaxamento e respiração para o parto também são abordados com outro olhar. Em contraste com o método psicoprofilático, o objetivo não é somente preparar o corpo para o parto: considerando-se que o parto faz parte do contexto da psicosssexualidade feminina, esses exercícios se aplicam também à

sexualidade. Nesse aspecto, destacam-se os exercícios da musculatura perineal, cujo objetivo é aumentar a sensibilidade, o controle e a utilização mais eficiente dos músculos do ânus e da vagina, importantes para o período expulsivo do parto e também para o relacionamento sexual. A técnica de relaxamento é útil não só para reduzir a intensidade da dor da contração uterina, mas também para ajudar a enfrentar situações de tensão e fadiga na vida cotidiana, especialmente nas primeiras semanas após o parto. E, sobretudo, o ensino dessas técnicas tem o grande valor de tranquilizar a grávida, dando-lhe instrumentos de analgesia psicológica dos quais pode lançar mão. E o ensino de exercícios de estética pós-parto tende a ter o efeito terapêutico de reduzir a ansiedade em relação às modificações do esquema corporal.

O vetor fundamental é o grupo de discussão, que permite compartilhar as vivências comuns em relação à maternidade e às modificações daí decorrentes. A livre expressão dos sentimentos e sua maior exploração são estimuladas pelo acolhimento do grupo e pela técnica de reflexão de sentimentos — ou seja, a expressão clara do que o profissional percebe que o outro está sentindo. A autora acredita que é nesse aspecto que mais se aprofunda o valor terapêutico do grupo, pois permite manejar sentimentos básicos em relação à maternidade, tais como insegurança, sentimentos de inadequação e expectativas referentes ao bebê e a si própria como mãe. Uma ênfase especial é dada ao manejo da ambivalência afetiva em suas várias manifestações, com a finalidade principal de aliviar os sentimentos de culpa e a crença na própria maldade interna e na própria capacidade de destruição. Evita-se encorajar apenas a expressão dos sentimentos positivos, o que criaria uma imagem incompleta da totalidade das vivências maternas; ao contrário, estimula-se também a expressão dos sentimentos negativos, de hostilidade e rejeição, das ansiedades, temores e dúvidas a fim de que, através da elaboração, faça-se emergir mais plenamente os sentimentos de amor e ternura, entendendo as dimensões polivalentes que compõem cada relação humana.

Juntamente com a técnica de reflexão de sentimentos,

cujo objetivo é encorajar a livre expressão de toda a gama de vivências relativas à situação de ter um filho, a técnica de reassseguramento é muito utilizada. Após ouvir e demonstrar compreensão pelas ansiedades, dúvidas e temores, é possível mostrar “a outra face da moeda” e ajudar a ver outros aspectos da realidade, favorecendo uma mudança de perspectiva cognitivo-perceptual-emocional — o fenômeno fundamental de todo processo psicoterápico bem-sucedido. Por exemplo, após encorajar a expressão da ansiedade em relação às alterações do esquema corporal e do medo de não voltar a ser como era antes ou de ficar com a sexualidade prejudicada após um parto vaginal, é possível utilizar eficazmente a técnica do reassseguramento mostrando a plasticidade do corpo humano e sua enorme capacidade de adaptação. Para isso, é útil mostrar desenhos do útero antes e depois da gravidez e ilustrações do interior do corpo durante e após a gestação, mostrando a capacidade de adaptação dos diversos órgãos internos. É comum também a expressão de ansiedade referente às relações sexuais na gravidez devido ao medo de prejudicar o feto. Esse tipo de material é primeiramente abordado sob o aspecto da dissociação entre maternidade e sexo e da ambivalência expressa pelo medo de que os próprios impulsos destrutivos prejudiquem o filho para, em seguida, oferecer o reassseguramento sob a forma de informações a respeito do tampão mucoso, do líquido amniótico e de outros fatores de proteção do feto.

Finalmente, a própria situação de grupo também tem grande valor terapêutico, pois permite compartilhar vivências que, para surpresa das participantes, são comuns a todas, o que alivia a ansiedade de se sentir diferente ou estranha. À medida que se utilizam amplamente as principais técnicas de comunicação verbal empregadas no atendimento psicológico, é possível aprofundar os elementos terapêuticos por acaso presentes como subproduto do manejo adotado nos métodos tradicionais de preparação para o parto. Seria, sem dúvida, importante desenvolver pesquisas bem conduzidas no sentido de avaliar a eficácia dos diferentes modelos grupais, em diferentes níveis socioeconômicos e culturais, nos diversos

contextos assistenciais.

As três técnicas básicas de comunicação verbal empregadas nos grupos — a orientação antecipatória, a reflexão de sentimentos e o reassseguramento — também são muito úteis na relação médico-paciente na gravidez (Maldonado e Canella, 2009). A orientação antecipatória deve ser utilizada, por exemplo, para informar a mulher da proporção céfalopélvica, do progresso da dilatação durante o trabalho de parto, de possíveis complicações do parto, da eventual necessidade de parto cesáreo ou da presença de gravidez múltipla. Essa atitude contraria a noção infelizmente ainda difundida de que para que a pessoa sofra menos é necessário ocultar as informações desfavoráveis até quando for possível, suprimindo a expressão de sentimentos de ansiedade, tristeza ou medo através de tentativas de consolar a pessoa minimizando a seriedade de seus sentimentos. Na realidade essas respostas de “apoio” são motivadas pela ansiedade do próprio profissional diante do sofrimento do outro. Mas só a aceitação do que realmente ocorre permite a verdadeira elaboração das experiências difíceis, fazendo com que a pessoa sinta-se compreendida e respeitada.

A atitude corajosa de não falsear a verdade ao utilizar a técnica da orientação antecipatória implica o uso da técnica de reflexão de sentimentos — uma atitude oposta à tendência também infelizmente ainda difundida de negar as percepções e os sentimentos do outro na esperança de diminuir seu sofrimento. A crença errônea subjacente a essa tendência é a de que reconhecer a legitimidade dos mais diversos sentimentos (sobretudo os de raiva, hostilidade, rejeição, tristeza, decepção e ressentimento) e permitir sua livre expressão sem tentar negá-los ou suprimi-los resulta no aumento de sua intensidade quando, na verdade, é uma das maneiras mais eficazes de aliviá-los. É necessário, no entanto, fazer uma distinção importante: na reflexão de sentimentos, o profissional expressa o que capta da mensagem do outro, que, por sua vez, também está captando mais ou menos indistintamente esses mesmos sentimentos. Mas há outros momentos da relação em que o profissional capta sentimentos dos quais o outro ainda não se dá conta;

se expressa cedo demais o que percebe, a reação do outro pode ser de recusa, hostilidade, negação, fechamento. O caso aqui é análogo à indução do parto, que só “pega” quando existem condições mínimas de aceitação por parte do organismo; da mesma forma, uma interpretação prematura dos sentimentos do outro, sem condições mínimas de aceitação e assimilação, provoca resistência. A dosagem do como, quando e o que dizer depende da sensibilidade do profissional e da sintonia de sua relação com a pessoa que ele atende.

O reassseguramento, quando sincero e explicitamente verbalizado, é também de grande importância na solidificação da relação de confiança entre obstetra e gestante. Por exemplo, no exame dos seios é importante dizer à grávida que seus mamilos estão adequados para a amamentação; quando já é possível sentir a posição do feto, é importante ajudar a mulher a visualizá-lo na barriga; é igualmente importante fazê-la ouvir os batimentos cardíacos do feto porque tudo isso são maneiras indiretas de ajudar a estruturação do vínculo materno-filial e a redução da ansiedade.

Por último, convém salientar que o grupo de gestantes não substitui nem esvazia a relação da grávida com seu obstetra, mas, em vez disso, pode abrir novas perspectivas de comunicação. São relacionamentos que se complementam e não são mutuamente exclusivos, assim como o progresso tecnológico da obstetrícia não deveria jamais estar dissociado do contexto emocional e humano que envolve o nascimento de uma criança.

Em suma, a partir das décadas de 1970 e 1980, a área então quase virgem despertou o interesse de psicólogos e obstetras. Cresceu a inclusão de temas “psicológicos” em Congressos, Simpósios e Encontros de Ginecologia e Obstetrícia em todo o Brasil; psicólogos começaram a trabalhar com gestantes em vários hospitais e consultórios privados em diversos pontos do país. Ainda há uma infinidade de obstáculos a enfrentar: ampliar a participação de psicólogos nos hospitais; há ainda muitas pessoas — profissionais e leigos — que “não acreditam em psicologia” e

consideram desnecessário, supérfluo ou até mesmo perigoso esse tipo de trabalho. Embora a permeabilidade para o trabalho em equipe multidisciplinar esteja maior, ainda está longe de funcionar de maneira adequada na imensa maioria dos hospitais e consultórios onde se tenta trabalhar dessa maneira.

A importância do trabalho multidisciplinar e áreas de pesquisa relevantes

A maior compreensão dos aspectos psicológicos do ciclo grávido-puerperal contribui para formar uma visão mais completa e integrada da situação de ter um filho. Contribui também para a elaboração da noção de pessoa humana que cada profissional forma dentro de si, em nível emocional, e que determina a estruturação básica de seu relacionamento com o cliente. Quando, por exemplo, o psicólogo encara o cliente como um caso clínico interessante para ser estudado ou quando um obstetra vê a gestante como um conjunto de componentes de urina e sangue, de quilos que pode ganhar ou deve perder, de proporções pélvicas e de centímetros de fundo de útero — tudo isso a ser medido e controlado no decorrer da gravidez —, toda a profundidade e riqueza emocional, todo o potencial de crescimento de uma relação interpessoal se perdem por completo.

O profissional forma, dentro de si, uma concepção própria sobre a natureza do ser humano; isso influencia a percepção e a expressão de suas emoções, incluindo defesas e limitações afetivas, o medo dos próprios sentimentos e de sua sensibilidade. Tudo isso determina o grau de afastamento ou aproximação em seus relacionamentos com os outros. Desse modo criam-se ou evitam-se “pontos cegos” que atuam no crescimento emocional humano.

Vários teóricos, como Rogers (1961), Erikson (1959) e May (1953), a partir de suas experiências clínicas, elaboraram uma concepção de pessoa humana que, na medida em que possa ser genuinamente sentida pelo profissional, tem um valor imenso para a estruturação do seu relacionamento com os clientes. Essa concepção pode ser sintetizada em diversas dimensões: em primeiro lugar, o

processo de desenvolvimento psicológico implica uma constante possibilidade de desdobramento, de realização de potencialidades, o que significa que a pessoa tem sempre diante de si possibilidades de enriquecimento e abertura de perspectivas de vida, de reformulações de si própria como pessoa, em constante autodescoberta. Não significa que para haver esse crescimento a vida tenha de ser uma sucessão de experiências de satisfação; ao contrário, a aprendizagem dos aspectos emocionais mais básicos da existência humana vem muitas vezes das experiências frustrantes, das vivências de sofrimento e depressão que mostram a nossa verdadeira dimensão de seres limitados.

Essa característica é essencial para o trabalho clínico do psicólogo: abre a possibilidade de aprofundamento e enriquecimento mútuo — tanto dele quanto do cliente. É evidente que várias coisas podem bloquear esse processo de desdobramento: o medo das próprias emoções e sensibilidade pode fazer com que o profissional superficialize o contato com o cliente, tornando-o o mais impessoal possível, cegando-se e ensurdecendo-se para os matizes afetivos do relacionamento. Essa defesa, embora atue como medida de autoproteção, tem seu preço: o embotamento da sensibilidade, que impede o crescimento emocional. Quando isso ocorre no atendimento psicológico, o processo de mudança do cliente se retarda e não acontece a sintonia da relação; quando isso ocorre entre obstetra e gestante, predomina o caráter impessoal do relacionamento, o entrosamento que permite o desenvolvimento da confiança e do respeito mútuos é insatisfatório e a possibilidade de oferecer uma assistência integral fica limitada.

Outro aspecto da concepção de pessoa é a noção de falibilidade e limitações inerentes ao ser humano. Na realidade, os sentimentos de onipotência e o prazer do poder estão tão arraigados que se torna difícil superá-los. Isso é relevante na estruturação da relação do profissional com o cliente: quanto maior a crença na própria onipotência, tanto mais o profissional tende a se apresentar como divindade e a olhar o cliente como fraco, indefeso e dependente. O cliente percebe isso e tende a colocar todo o

peso da responsabilidade do tratamento nos ombros do profissional. Quando isso ocorre no atendimento psicológico, a pessoa corre o risco de nunca desenvolver a confiança necessária nas próprias capacidades de autonomia e liberdade, tendendo a cristalizar com o psicólogo uma relação de submissão e dependência.

Na obstetrícia, essa tendência pode expressar-se de várias maneiras: recusa a cooperar ativamente e a assumir responsabilidades, por exemplo, no controle do peso (a relação pode estruturar-se como uma relação de rebeldia diante do obstetra, que simboliza uma figura parental a ser desafiada), ou no trabalho de parto (entrega total ao obstetra-deus que vai extrair o filho de dentro dela, sem necessitar de nenhum esforço de sua parte). É claro que quanto mais o profissional tiver dificuldades de superar a crença na onipotência tanto mais tenderá a superexigir-se e a culpar-se pelas próprias falhas. É fácil ver como o mecanismo da crença na própria onipotência oculta um sentimento de desvalorização e autocrítica impiedosa. Paradoxalmente, só quando a pessoa aceita suas próprias limitações consegue descobrir a própria força e também a força do outro.

Portanto, a partir da maneira como o profissional enxerga o cliente e ele próprio é que vai poder estruturar o relacionamento de dois modos básicos: o modo assimétrico, em que o profissional assume uma posição superior e vê o cliente como indefeso, fraco e submisso, ou o modo simétrico, que supõe uma posição de igualdade, respeito e confiança mútua. É na relação simétrica que há maior possibilidade de desenvolvimento emocional para ambas as partes.

Em termos simbólicos, há semelhanças entre o trabalho clínico do obstetra e o do psicólogo: ao estar presente na hora do parto, o obstetra tem por função ajudar a mulher a dar à luz; ele está lá para facilitar o processo e trabalhar junto com a parturiente, mas, literalmente, ele não pode ter o filho no lugar dela. No atendimento psicológico, a função do psicólogo é estar presente, facilitando o processo de renascimento do cliente, ao lado dele; mas não é o psicólogo que cria o novo ser do outro — ele apenas

colabora no processo de fazer emergir esse novo ser a partir dos recursos inesgotáveis e fecundos da reinvenção de si mesmo.

A ênfase no trabalho conjunto de psicólogos e obstetras marcou o começo do trabalho do início da década de 1970. Com o passar do tempo e com a ampliação da experiência, a ótica ampliou-se no sentido de entender a situação de ter um filho considerando-se a interação de muitos fatores — a história pessoal, os antecedentes ginecológico-obstétricos da família, o momento histórico da gravidez, as características sociais, culturais e econômicas vigentes e a qualidade da assistência. Tudo isso ultrapassa, e muito, o âmbito do trabalho de psicólogos e obstetras e demanda a compreensão de uma dinâmica mais ampla que abarca a equipe de saúde, a instituição, a sociedade, a família (Maldonado e Canella, 2009).

Vislumbra-se, a partir dessa ótica mais ampliada, um longo caminho a percorrer e muito esforço no sentido de implantar novas modalidades de trabalho. A experiência em outros países pode ser útil, quando não se perde a perspectiva de criar um modelo de trabalho assistencial adequado à nossa realidade.

Partindo dos consultórios, dos ambulatórios e dos hospitais, chegou-se à necessidade de realizar trabalhos em âmbito mais amplo, envolvendo grandes grupos e comunidades com populações de diferentes níveis socioeconômicos. Essas linhas de pesquisa e de trabalho precisam ainda ser mais bem exploradas e desenvolvidas. Uma delas é o setor de programas de apoio para pais e crianças pequenas: à medida que se aprofunda o conhecimento das influências recíprocas entre pais e filhos, vê-se que dificuldades e mudanças podem ocorrer em qualquer época da vida. Torna-se, portanto, possível criar uma infinidade de modelos de trabalho, não só no sentido de prevenção como também de tratamento, utilizando recursos familiares, sociais e comunitários. Um exemplo é o que se pode fazer em termos de programas de incentivo à participação do pai nos cuidados precoces com o bebê dentro do período em que mãe e bebê ainda estão no hospi-

tal, em alojamento conjunto. Um estudo feito na Austrália por Scholz e Samuels (1992) demonstrou os efeitos de um programa de treinamento em massagem para recém-nascidos e técnicas de banho relaxante na relação pai-bebê. Doze semanas depois, numa sessão de observação domiciliar, observou-se que os bebês do grupo experimental (cujos pais receberam o treinamento) sorriam, vocalizavam, olhavam e se dirigiam ao pai com muito mais frequência do que os bebês do grupo de controle: os pais que receberam treinamento mostraram também um maior grau de envolvimento com seus bebês. Outras ideias para estimular o melhor relacionamento pai-filho é criar alternativas e apoio social para o aumento de recursos na interação pai-filho: cursos pré e pós-parto, para que o pai possa aprender mais sobre cuidados com o bebê e padrões de desenvolvimento normal; aumento da licença-paternidade; horário livre de visitas durante o período de internação pós-parto.

Para isso, é essencial que haja políticas públicas que resultem em maior investimento em saúde e educação. A saúde depende da política de cada país, que decide o quanto vai ser destinado para investir em necessidades básicas da população (comida, água potável, habitação, esgotos, trabalho, transporte); da política também depende a segurança social dos trabalhadores e suas famílias, assim como as verbas para as pesquisas universitárias para que sejam formados profissionais voltados para o atendimento das comunidades; a política de saúde e educação também determina o acesso gratuito a métodos de anticoncepção que possibilitem um planejamento familiar eficaz e a repressão ao tráfico de bebês. Como mostra Zeidenstein (1989), a educação é um dos aspectos críticos da discriminação econômica contra as mulheres. Em muitos países, elas recebem menos educação do que os homens. Em decorrência disso, as mulheres dos países mais pobres apresentam maiores taxas de fecundidade adolescente e as mais altas taxas de mortalidade materna e neonatal. Existe uma relação direta entre a educação, boa auto-estima e baixa fecundidade feminina.

A preocupação com o alto índice de gestações em ado-

lescentes procede, na medida em que as estatísticas da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) mostram que as complicações da gravidez estão entre as cinco principais causas de morte das adolescentes em todas as sub-regiões da América Latina e do Caribe. As crianças nascidas de crianças costumam ter baixo peso ao nascer e oportunidades limitadas de sobrevivência e o índice de mortalidade materna é alto, bem como a incidência de hipertensão e anemia. Por tudo isso, a gravidez na adolescência é considerada de alto risco. Tipicamente, o relacionamento dos jovens dos quais nascem esses bebês duram em média apenas cinco anos, deixando a mulher com cerca de vinte anos com uma criança sem pai presente, sem apoio econômico e com a educação prejudicada. Em algumas zonas urbanas da América Latina, mais de 40% dos lares são encabeçados ou mantidos pela mulher e muitos desses lares foram fundados por mães adolescentes. É maior também o risco de maus-tratos ao bebê, uma vez que essas mães ainda estão estruturando sua identidade e podem se sentir sobrecarregadas ao atender às constantes demandas do bebê.

East e Felice (1990) compararam os padrões de vida adulta de trinta mulheres que foram mães adolescentes com os de duzentas e trinta e sete mulheres que tiveram filhos depois da maioridade; compararam também os filhos de todas essas mulheres segundo escalas de ajustamento. Verificaram que as mulheres que foram mães adolescentes tinham níveis educacionais significativamente mais baixos e seus filhos tinham maior incidência de problemas de aprendizagem; esse grupo também mostrou menor índice de satisfação no relacionamento com os filhos. O trabalho de Kurtz e Deverensky (1994) sugere que os poucos recursos para lidar com os problemas psicológicos e sociais decorrentes de ter filhos na adolescência exercem influência negativa na interação pais-filhos, que resulta em ineficiência e em estresse parental. Isso implica situações de alto risco tanto para a criança quanto para os pais.

Segundo Hamburg e Dixon (1992), os programas de prevenção da gravidez de adolescentes têm sido insatisfatórios, do ponto de vista da eficácia, apesar de serem mais

numerosos, a partir da década de 1980. Há adolescentes que engravidam seguidamente e é preciso aprofundar as pesquisas sobre os fatores que propiciam o surgimento deste fenômeno, uma vez que para essas adolescentes aumenta a probabilidade de não prosseguir os estudos, encontrando maiores dificuldades de inserção no mercado de trabalho: Raneri e Wiemann (2007) propõem a abordagem da teoria socioecológica para ter uma visão mais abrangente e traçar estratégias para prevenir esse comportamento de risco. O tipo de intervenção eficaz depende das reações das comunidades, das famílias e dos próprios jovens diante da questão da gravidez na adolescência. Essas reações incluem atitudes diante do aborto ou da doação dos bebês para adoção, casamento precoce para legitimar a formação da família, assistência da comunidade e da família para apoiar a mãe solteira.

No Brasil, entre 1986 e 1991, a taxa de fecundidade em adolescentes de 15-19 anos, chegou a ser 40% maior naquelas cujas famílias apresentavam renda de até um salário mínimo, comparadas às de renda familiar acima de dez salários mínimos (Nogueira da Gama e cols., 2002). Um dos motivos mais comumente encontrados para ter um filho em idade precoce, especialmente nas camadas populares, é sentir-se com mais prestígio social, ser mais valorizada e respeitada na comunidade como mostram alguns estudos, como o de Pantoja (2003) que observou, em adolescentes paraenses, que a gravidez coexistia com o desejo de continuar os estudos para ter mais mobilidade social. Por outro lado, no estudo de Fonseca e Araújo (2004), na área de Bahia e Sergipe, mais da metade das adolescentes que engravidaram já haviam abandonado a escola e poucas continuaram a estudar, mesmo contando com uma boa rede de suporte. Aparentemente, em comunidades como essa, a educação é menos valorizada do que a posição social de mulher adulta conferida pela maternidade. Na mesma linha, uma das principais motivações para assumir a paternidade em jovens de camadas populares é ser reconhecido como homem adulto e responsável (Cabral, 2003).

Há, portanto, uma enorme área de luta para implantar projetos maiores de trabalho em psicologia comunitária, de-

finida por Videla (1991) como o conjunto de estratégias psicológicas que favorecem a construção de um verdadeiro exercício da liberdade. Em saúde, liberdade é definida como a tomada de consciência das necessidades de cada um e a luta pelo direito humano básico de satisfazer essas necessidades. Considera-se que a saúde de um povo é um bem social e que a meta de “saúde para todos” só poderá ser alcançada se for buscada entre todos; não pode ficar apenas nas mãos de profissionais que não estão verdadeiramente sintonizados com os interesses populares. Sendo a prevenção entendida como luta pela saúde, a pergunta básica é: o que podemos fazer entre todos?

Para isso, é necessário fazer uma observação cuidadosa das características e dos recursos naturais da comunidade para que estes possam fazer parte integrante do modelo de trabalho a ser criado coletivamente. O trabalho social nas instituições e nas comunidades contribui para ampliar a consciência da população em relação aos seus próprios recursos e maneiras de cuidar da saúde. Para realizar esse tipo de trabalho, os profissionais precisam desenvolver uma visão holística da realidade. Dessa forma, prevenir passa a ser facilitar recursos para o desenvolvimento de ações de autocuidado, colocando ao alcance dos mais necessitados a informação fundamental para que se cuidem e conheçam seus direitos.

Considera-se que a comunidade que se envolve em ações de saúde ganha experiência em participação e abre caminho para outras formas de compromisso com seu próprio desenvolvimento. Videla (1991) enfatiza que liberdade e saúde são conceitos inerentes aos direitos humanos: só com um nível adequado de saúde um povo pode lutar por sua liberdade. Define liberdade em saúde como clareza acerca de nossas necessidades e a luta para preenché-las de forma organizada, conjunta e democrática. Por isso, o material educacional para a saúde precisa estar baseado nas necessidades reais da população e não vindo “de cima”, nas prioridades ditadas pelo sistema nacional de saúde. Ao estimular o intercâmbio, as pessoas dizem o que sabem e encontram soluções entre todos. Respeitar os outros, escutar e estar disposto a aprender são posturas

diferentes da tentativa de implantar um programa feito por técnicos que não reconhecem a sabedoria popular e a necessidade de aprender uns com os outros.

Dentro desse contexto de criação conjunta, há várias possibilidades, inclusive a abertura de centros preventivos — que ofereçam orientação e informações sobre planejamento familiar, gravidez, parto, lactação e relacionamento com o bebê. McFarlane e Fehir (1994) descrevem um programa comunitário de cinco anos, denominado “De Mães para Mães”, com o objetivo de encorajar mulheres hispânicas nos Estados Unidos a procurar melhores cuidados pré-natais: mulheres da comunidade atuaram como agentes de saúde ligadas a ambulatórios, escolas, igrejas e centros comunitários, aumentando o poder e a auto-estima desse grupo de mulheres.

Um dos problemas dos centros de atendimento a adolescentes é que a procura é maior para o pré-natal e menor para a busca de orientação para a anticoncepção e para as consultas de puericultura. Como motivar uma procura maior? Smith e cols. (1990) fizeram um estudo para verificar a influência de incentivos na procura de consultas de revisão um mês após o parto. A amostra consistiu em duzentas e trinta e uma adolescentes negras, duzentas e trinta e sete hispânicas e sessenta e seis brancas, entre doze e dezenove anos, de baixa renda. Em um dos grupos, foi oferecido um cupom para receber uma lata de leite caso a pessoa voltasse para a consulta seguinte, em outro foi oferecido um cupom valendo um presente para a mãe e, no terceiro, não houve incentivo. O retorno foi pequeno em todos os grupos: apenas com as adolescentes negras, o cupom para receber uma lata de leite motivou uma procura maior da consulta. Há outro estudo mais encorajador, realizado por Rabin e cols. (1991), que compararam quatrocentos e noventa e oito adolescentes que frequentaram, juntamente com seus bebês, um programa abrangente de planejamento e orientação familiar, em comparação com noventa e uma adolescentes que foram atendidas num programa convencional de orientação pós-parto e puericultura. O percentual de frequência ao primeiro

programa foi significativamente maior do que ao segundo programa (75% contra 18%); no grupo do programa abrangente, verificou-se também menor índice de morbidade infantil, maior frequência escolar por parte das mães e uso mais regular de anticoncepcionais.

No entanto, o trabalho de orientação sexual e anticoncepcional não pode ficar restrito a centros de atendimento a adolescentes. A equipe multidisciplinar precisa atuar também nas escolas, em programas de prevenção primária em larga escala. Wallace e Vienonen (1989) comentam que, na Suécia, o índice de fertilidade de adolescentes diminuiu consideravelmente com a implantação de programas de educação e planejamento familiar em todas as escolas.

Outra frente de trabalho importante é o apoio aos familiares da adolescente grávida e solteira: os pais inesperadamente se tornarão avós. Como sugere Cervera (1989), a formação de grupos em que se possa falar abertamente sobre a crise familiar e os caminhos de lidar com essa situação é uma importante medida preventiva. São vários os desdobramentos da relação entre as três gerações: há avós que assumem integralmente o cuidado da criança, desqualificando a mãe adolescente; há as que se envergonham com a gravidez e as que se colocam disponíveis para colaborar (Falcão e Salomão, 2005). A percepção do apoio familiar é muito importante: no estudo de Sabroza e cols. (2004), com mil duzentos e vinte e oito adolescentes do Rio de Janeiro, as adolescentes cujas famílias reagiram negativamente à gravidez sentiam-se menos valorizadas e com poucas expectativas com relação ao futuro.

O trabalho em equipe multidisciplinar é também fundamental na procriação assistida. Há muito a fazer nessa área, inclusive pesquisar melhor o impacto psicológico da tecnologia e o papel dos agentes de saúde no acompanhamento das gestações provenientes da fecundação in vitro ou resultantes de doação de gametas. É fundamental realizar estudos longitudinais para melhor entender a dinâmica das famílias com crianças nascidas com a ajuda de tão variados recursos tecnológicos. Hjelmstedt e cols. (2006),

revedo estudos anteriores, comentam que as gestações resultantes da fertilização in vitro são emocionalmente mais vulneráveis, com níveis mais altos de ansiedade em comparação com as gestações de mulheres que engravidaram naturalmente. No entanto, ao pesquisarem o grau de formação do vínculo pré-natal entre esses dois grupos de mães, não encontraram diferenças significativas.

As questões éticas precisam ser discutidas em maior profundidade: o congelamento de embriões, a adoção dos embriões remanescentes, o transplante de tecidos fetais, a doação de óvulos e o aluguel de útero, os bancos de esperma são alguns exemplos das enormes variações da maternidade e da paternidade que se descortinam a partir das novas possibilidades tecnológicas no campo da reprodução humana.

Da preparação para o parto com técnicas de “analgésia psicológica” à preparação para a maternidade e a paternidade envolvendo a ótica de assistência integral e integrada, há uma grande distância. É necessário investir esforço e criatividade para prosseguir no sentido de cuidar melhor das pessoas que estão gerando pessoas e oferecer a esses novos seres um bom acolhimento.

BIBLIOGRAFIA

ADAMS, R., COURAGE, M. e MERCER, M. "Systematic measurement of human neonatal color vision". *Vision Research*. v. 34 (13), p. 1691-1701, 1994.

AGRAWAL, P., BHATIA, M. e MALIK, S. "Postpartum psychosis: a study of indoor cases in a general hospital psychiatric clinic". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. v. 81 (6), p. 571-5, 1990.

AJURIAGUERRA, J. de. "L'intégration de la douleur". In: Aboulher, H., Chertok, L. e Sapir, L. (eds.) *Analgesie psychologique en obstétrique*. Paris: Pergamon, 1959.

ALEGRÍA, J. e NOIROT, E. "Neonate orientation behavior towards human voice". *International Journal of Behavioral Development*. v. 1 (4), p. 291, 1978.

AMMANITI, M. "Maternal representations during pregnancy and early mother-infant interactions". *Infant Mental Health Journal*. v. 12 (3), p. 246-255, 1991.

ANAND, K. e HICKEY, P. "Pain and its effects in the human neonate and fetus". *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*. v. 3 (2), p. 103-123, 1988.

APPLEBAUM, R. M. "The modern management of successful breast-feeding". *Pediatric Clinic of North America*. v. 17, p. 203, 1970.

ARCO, C., SELF, P. e GUTRECHT, N. "The effect of increased maternal visual regard on neonatal visual behavior". *Journal of Clinical Child Psychology*. v. 8 (2), p. 117, 1979.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

ATWOOD, R. J. "Positions d'accouchement et comportements s'y rattachant". In: Rapoport, D. (ed.) *Corps de mère, corps d'enfant*. Paris: Stock, 1980.

AXNESS, M. *Parenting for peace*. Sentient Publications, Colorado, 2012.

BADINTER, E. *L'Amour en plus: histoire de l'amour*

maternel. Paris: Flammarion, 1980.

BAKER, A. A. Psychiatric disorders. In: Obstetrics. Londres: Blackwell, 1967.

BAKWIN, H. Journal of Pediatrics. v. 35, p. 512, 1969.

BANDURA, A. Principles of behavior modifications. Nova York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.

BARNETT, C. R., LEIDERMAN, P. H., GROBSTEIN, R. e KLAUS, M. H. "Neonatal separation: the maternal side of interactional deprivation". Pediatrics. v. 45, p. 197, 1970.

BARRON, D. H. "Mother-newborn relationships in goats". In: Schaffner, B. (ed.) Group Processes. Nova York: Josiah Macy Journal Foundation, 1955.

BENEDEK, T. "Parenthood as a developmental phase". Journal of American Psychoanalysis Association. v. 7, p. 389, 1959.

. "The family as a psychologic field". In: Anthony, F. J. e Benedek, T. (eds.) Parenthood: its psychology and psychopathology. Boston: Little Brown & Co., 1970.

e RUBINSTEIN, B. "The sexual cycle of women". Psychosomatic Medicine. v. 3, 1942. Monografia.

BENTOVIM, A. "Handicapped preschool children and their families: effects on the child's early emotional development and family attitudes". British Medical Journal. v. 3, p. 579, 1972.

BESSIS, R. "Jonas et l'écographie". In: Rapoport, D. (ed.) Corps de mère, corps d'enfant. Paris: Stock, 1980.

BIBRING, G. et al. "A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship". In: Eissler, R., Freud, A., Hartmann, H. e Kris, M. (eds.) The psychoanalytic study of the child. Nova York: International Universities Press, v. XVI, 1961.

BING, E., KARMELE, M. e TANZ, A. A practical training course for the psychoprophylactic method of childbirth. A.S.P.O., Nova York, 1961.

BLAKE, A., STEWART, A. e TURCAN, D. "Parents of babies

of very low birth weight: long-term follow-up". CIBA Foundation Symposium n. 33, p. 271, 1975.

BLOMBERG, S. "Influence of maternal distress during pregnancy on complications in pregnancy and delivery". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. v. 62 (5), p. 399, 1980.

BOGREN, L. "Changes in sexuality in women and men during pregnancy". *Archives of Sexual Behavior*. v. 20 (1), p. 35-45, 1991.

BONNAUD, M. e REVAULT D'ALLONES, C. "Vécu psychologique des premiers mouvements de l'enfant". *Bull. Soc. Franc. Psychoprophil. Obstet.* v. 15, p. 43, 1963.

BOWES, W. et al. *Monographs of the society for research in child development*. n. 137, 35, p. 24, 1970.

BRADLEY, R. et al. "Contribution of early intervention and early caregiving experiences to resilience in low-birthweight, premature children living in poverty". *Journal of Clinical Child Psychology*. v. 23 (4), p. 425-434, 1994.

BRAZELTON, T. B. "Psychophysiological reactions in neonate". *Journal of Pediatrics*. v. 59, p. 513, 1961.

. "Effect of prenatal drugs on the behavior of the neonate". *The American Journal of Psychology*. v. 126 (9), p. 1261, 1970.

BROWN, L. B. "Illness in pregnancy among migrants and non-migrants". *British Journal of Prevention and Social Medicine*. v. 17 (4), 1963.

BROWN, W. A., MANNING, T. e GRODEN, J. "Prenatal psychologic state and the use of drugs in labor". *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. v. 1, p. 598, 1972.

BURBACHER, T.M. e Grant, K.S., *Neurodevelopmental effects of alcohol, in Neurotoxicity and developmental disabilities*. Elsevier Academic Press, Califórnia, 2006.

BUSNEL, M.C, *Le langage des bébés, savons-nous l'entendre?* Editions Jaques Grancher, Paris, 1993.

CABRAL, C., "Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro", *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (supl. 2),

pp. 283-292, 2003.

CALDEYRO-BARCIA, R., BALLEJO, G. e POSEIRO, J. J. "Período expulsivo". *Femina*. v. 10 (6), p. 440, 1982.

CALHOUM, L., SELBY, J. W. e KING, H. "The influence of pregnancy on sexuality. A review of current evidence". *Journal of Sex Research*. v. 17 (2), p. 139, 1981.

CAPLAN, G. "Psychological aspects of pregnancy". In: Lief, H. I., Lief, W. F. e Lief, N. R. (eds.) *The psychological basis of medical practice*. Nova York: Harper & Row, 1960.

. *An approach to community mental health*. Nova York: Grune & Stratton, 1961.

. "Emotional crises". In: Deutsch, A. e Fishbein H. (eds.) *The Encyclopaedia of Mental Health*. Nova York: Franklin Watts, v. 2, 1963.

. *Principles of preventive psychiatry*. Nova York: Basic Books, 1964.

. "Perspectives of primary prevention: a review". *Archives of General Psychiatry*. v. 17, p. 331, 1967.

CARLSON, D. e LaBARBA, R. "Maternal emotionality during pregnancy and reproductive outcome: a review of the literature". *International Journal of Behavioral Development*. v. 2 (4), p. 343, 1979.

CARPENTER, J., ALDRICH, C. K. e BOVERMAN, H. "The effectiveness of patient interviews". *Archives of General Psychiatry*. v. 19, p. 110, 1968.

CARTER, S., OSOFSKY, J. e HANN, D. "Speaking for the baby: a therapeutic intervention with adolescent mothers and their infants". *Infant Mental Health Journal*. v. 12 (4), p. 291-301, 1991.

CATTELL, R. B. e SCHEIER, I. H. *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Nova York: Ronald Press, 1961.

CERVERA, N. "Groupwork with parents of unwed pregnant teens: transition to unexpected grandparenthood". *Social Work with Groups*. v. 12 (1), p. 71-93, 1989.

CHAMBERLAIN, D. "Babies remember pain". Pre- and Perinatal Psychology Journal. v. 3 (4), p. 297-310, 1989.

. "The expanding boundaries of memory". Pre- and Perinatal Psychology Journal. v. 4 (3), p. 171-189, 1990.

CHASNOFF, I. "Cocaine, pregnancy and the neonate". Women and Health. v. 15 (3), p. 23-35, 1989.

CHERTOK, L. Psychosomatic methods in painless childbirth. Paris: Pergamon, 1959.

. Motherhood and personality: psychosomatic aspects of childbirth. Londres: Tavistock, 1966.

. «Entretien semi-directif dans une recherche psychosomatique en obstétrique». L'Encéphale. tomo LV (5), p. 378, 1966.

, MONDZAIN, M. L. e BONNAUD, M. "Vomiting and the wish to have a child". Psychosomatic Medicine. v. 25, p. 13, 1963.

CICERO, T. "Effects of paternal exposure to alcohol on offspring development". Alcohol Health and Research World. v. 18 (1), p. 37-41, 1994.

CLARK, D. E. Behavioral Research Ther. v. 1, p. 63, 1963.

COHEN, S. I. "Neurological considerations for behavior therapy". In: Franks, C. M. (ed.) Behavior therapy: appraisal and status. Nova York: McGraw Hill, 1969.

COLE, J. P. "Breastfeeding in the Boston suburbs in relation to personal-social factors". Clinical Pediatrics, v. 16 (4), p. 352, 1977.

COLES, C. "Critical periods for prenatal alcohol exposure: evidence from animal and human studies". Alcohol Health & Research World. v. 18 (1), p. 22-29, 1994.

COLLIAS, N. E. "The analysis of socialization in sheep and goats". Ecology. v. 37, p. 228, 1956.

COLMAN, A. "Psychological state during first pregnancy". American Journal of Orthopsychiatry. v. 39 (4), p. 788, 1969.

e COLMAN, L. La grossesse, experience psychologique. Paris: Robert Laffont, 1971.

CONDON, W. S. e SANDER, L. W. "Neonate movement is synchronized with adult speech: interactional participation and language acquisition". *Science*. v. 183, p. 99, 1974.

COPPEN, A. J. "Vomiting of early pregnancy — psychological factors and body build". *The Lancet*. v. 24, p. 173, 1959.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COUSSONS-READ; OKUN, M. & SIMMS, S. - (Univ of Colorado, Denver) "The psychoneuroimmunology of pregnancy ". *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, vol 21 (2), pp.103-112, 2003.

CRANDON, A. "Maternal anxiety and neonatal wellbeing". *Journal of Psychosomatic Research*. v. 23 (2), p. 113, 1979.

CURTIS, M. L. "A psychiatric study of 55 expectant fathers". *U.S. Army Forces Medical Journal*. v. 6, p. 937, 1955.

CYRULNIK, B., *Les Nourritures affectives*. Odile Jacob, Paris, 2000.

DAMASIO, A., *Self comes to mind*. Pantheon Books, Nova Iorque, 2010.

DAVIDS, A. e DeVAULT, S. "Use of the TAT and human figure drawings in research on personality, pregnancy and perception". *Journal of Projective Techniques*. v. 24, p. 362, 1960.

_____, _____ e TALMADGE, M. "Anxiety, pregnancy and childbirth abnormalities". *Journal of Consulting Psychology*. v. 25 (1), p. 74, 1961.

_____, _____ e . "Psychological study of emotional factors in pregnancy: a preliminary report". *Psychosomatic Medicine*. v. 32 (2), p. 93, 1961.

DAVIDSON, G. "The influence of systematic desensitization, relaxation, and graded exposure to imaginal stimuli in the modification of phobic behavior". Stanford University, 1965. *Dissertação doutoral inédita*.

DAVIDS, L. e PORTER, R. "Persistent effects of early odor

on human neonates". *Chemical Senses*. v. 16 (2), p. 169-174, 1991.

DAVIS, E., "Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament". *J. Am. Acad. Child and Adoles. Psychiatry*, 46 (6), 2007.

DeCASPER, A. et al. "Fetal reactions to recurrent maternal speech". *Infant Behavior and Development*. v. 17 (2), p. 159-164, 1994.

DEFERRE, C. G. e BUSNEL, M. C. «L'audition pré-natale". In: Herbinet, E. e Busnel, M. C. *L'aube des sens*. Paris: Stock, 1980.

DESMOND, M. M., RUDOLPH, A. S. e PHITAKSPHRAIWAN, P. "The transitional care nursery: a mechanism of a preventive medicine". *Pediatric Clinic of North America*. v. 13, p. 651, 1966.

DESTOUNIS, N. "Complications in pregnancy — a psychosomatic approach". *Canadian Psychiatric Association Journal*. v. 7 (6), p. 279, 1962.

DETTWYLER, K. "Breastfeeding and weaning in Mali: cultural context and hard data". *Social Science and Medicine*. v. 24 (8), p. 633-644, 1987.

DeVRIES, J. I. P. et al. "Diurnal and other variations in fetal movements and heart rate patterns at 20-22 weeks". *Early Human Development*. v. 15, p. 333, 1987.

DIAS CORRÊA, M. "Parto prematuro". In: Rezende, J., *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1991.

DICK-READ, G. *Childbirth without fear*. Londres: Pinter & Martin, 2004 (edição do texto original, 1942).

DI RENZO, G. C. et al. "Etiologia". In: Pinotti, J. A. e Sabatino, J. H. *Medicina Perinatal*. Campinas: Unicamp, 1987.

_____ e COSMI, E. V. "Prostaglandina e início do parto". Em: Pinotti, J. A. e Sabatino, J. H. *Medicina Perinatal*, Campinas: Unicamp, 1987.

DOIDGE, N., *The brain that changes itself*. Penguin Books, Nova Iorque, 2007.

DREWETT, R. F. e WOOLRIDGE, M. "Milk taken by human babies from the first and second breast". *Physiology and Behavior*. v. 26 (2), p. 327, 1981.

EAST, P. e FELICE, M. "Outcomes of parent-child relationship of former adolescent mothers and their 12-year-old children". *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. v. 11 (4), p. 175-83, 1990.

ELWOOD, R. e MASON, C. "The couvade and the onset of paternal care: a biological perspective". *Ethology and Sociobiology*. v. 15 (3), p. 145-156, 1994.

ERIKSON, E. "Growth and crises of the healthy personality". In: Kluckhohn e Murray (eds.) *Personality in nature, society and culture*. Nova York: Alfred Knopf, 1959.

FALCÃO, D. e SALOMÃO, N., "O papel dos avós na maternidade adolescente", *Estud. psicol.*, Campinas, SP, 22 (2), pp. 205-212, abril-junho de 2005.

FALCONER, L. "The effect of maternal ethanol infusion on placental blood flow and fetal glucose metabolism in sheep". *Alcohol and Alcoholism*. v. 25 (4), p. 413-416, 1990.

FEBRASGO (vários colaboradores), "Assistência ao parto e tocurgia", publicações da FEBRASGO, 2002.

FEIJOO, J. "Le fetus, Pierre et le Loup". In: Herbinet, E. e Busnel, M. C. *Les Cahiers du Nouveau-Né*. v. 5, p. 192, Paris: Stock, 1981.

FERREIRA, A. "Emotional factors in prenatal environment: a review". *Journal of Nervous and Mental Diseases*. v. 141 (1), p. 108, 1965.

FIELD, T. "Neonatal stress and coping in intensive care". *Infant Mental Health Journal*. v. 11 (1), p. 57-65, 1990.

FIJALKOWSKI, W. *Polish Medical Journal*. v. 8, p. 768, 1969.

FISHER, J., "Psychological and social implications of multiple gestation and birth ", *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 46, (1), pp34-37, 2006.

FONSECA, A.L. E ARAÚJO, N., "Maternidade precoce: uma das consequências do abandono escolar e do desemprego",

Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 14(2), pp.16-22, maio.-ago. 2004.

FOX, S., LEVITT, P. e NELSON, C.A. "How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture", *Child Development*, vol. 81, pp. 28-40, 2010.

FRANKS, C. M. "Behavior therapy and its pavlovian origins: review and perspectives-. In: Franks, C. M. (ed.) *Behavior therapy: appraisal and status*. Nova York: McGraw Hill, 1969.

FRASER MUSTARD, J., " Early brain development and human development". Em: Tremblay, R.E, Boivin, M., Peters, RDeV, (eds.) *Encyclopedia on Early Childhood Development* . Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development, pp.1-5, 2010.

FREUD, A. *Normality and pathology in childhood*. Nova York: International Universities Press, 1965.

FREYRE, G. *Casa grande e senzala*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1950.

FUCHS, K. "Treatment of hyperemesis gravidarum by hypnosis". *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*. v. 10 (1), p. 31-42, 1989.

GARCIA, C. R. e GARCIA, E. S. "Epinephrine-like substances in the blood and their relation to urine inertia". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. v. 69, p. 812, 1955.

GAVENSKY, R. V. *Psicoprofilaxis obstetrica*. Buenos Aires: Ateneo, 1971.

GERZI, S. e BERMAN, E. "Emotional reactions of expectant fathers to their wives' first pregnancy". *British Journal of Medical Psychology*. v. 54 (3), p. 259, 1981.

GETTLER, L., McDADE, T. FERANIL, A. e KUSAWA, C., "Longitudinal evidence that fatherhood decreases testosterone in human males". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108 (39), pp.16194-99, 2011.

GILLMAN, R. D. "The dreams of pregnant women and maternal adaptation". American Journal of Orthopsychiatry. v. 38, p. 688, 1968.

GOLEMAN, D. Inteligência social. Editora Campus, Rio de Janeiro, 2007.

GONZALEZ, C. "The music therapy-assisted childbirth program: a study evaluation". Pre- and Peri-Natal Psychology Journal. v. 4 (2), p. 111-124, 1989.

GOODMAN, S. e EMORY, E. "Perinatal complications in births to low socioeconomic status schizophrenic and depressed women". Journal of Abnormal Psychology. v. 101 (2), p. 225-229, 1992.

GRIGOROIU-SERBANESCU, M. "Intellectual and emotional development in premature children from one to five years". International Journal of Behavioral Development. v. 4 (2), p. 183, 1981.

GRIMM, E. R. "Psychological tension in pregnancy". Psychosomatic Medicine. v. 23 (6), p. 520, 1961.

GROF, S. Realms of the human unconscious. Nova York: Dutton, 1976.

GROSSMANN, T. e JOHNSON, M., "The development of the social brain in human infancy", European Journal of Neuroscience 25 (4), pp.909-919, 2007.

GUSCOTT, R. e STEINER, M. "A multidisciplinary treatment approach to postpartum psychoses". Canadian Journal of Psychiatry. v. 36 (8), p. 551-556, 1991.

GZMBEL, J., JAMES J. e NOCON, J., "The Physiological Basis for the Leboyer Approach to Childbirth", Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 6 (1), pp.11-15, 1977.

HAINLINE, L. e KRINSKY-McHALE, S. "Hurting while helping? The paradox of the neonatal intensive care unit". Children's Environment. v. 11 (2), p. 105-122, 1994. **HALEY, D., HANDMAKER, N., LOWE, J., "Infant Stress Reactivity and Prenatal Alcohol Exposure", Alcoholism: Clinical and Experimental Research 30 (12), pp. 2055-2064, 2006.**

HAMBURG, B. e DIXON, S. "Adolescent pregnancy and

parenthood". In: Early parenthood and coming of age in the 1990s, Rosenheim, M. e Testa, M. (orgs.) Nova Jersey: Rutgers University Press, 1992.

HANTSCHE, B., HENZE, K. e PIECHOTTA, G. "Psychosoziale aspekte bei der Fruhgeburt eines Kindes — eine Bestandsaufnahme". Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. v. 41 (4), p. 129-139, 1992.

HARMON, T., HYMAN, M. e TYRE, T. "Improved obstetrics outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education". Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 58 (5), p. 525-530, 1990.

HART, J. et al. "Sexual behavior in pregnancy". Journal of Sex Education and Therapy. v. 17 (2), p. 86-90, 1991.

HARVEY, W. A. e SHERFEY, M. J. "Vomiting in pregnancy: a psychiatric study". Psychosomatic Medicine. v. 16, p. 1, 1954.

HEALY, J. "Your child's growing mind", Broadway Books, Nova Iorque, 2004.

HEINSTEIN, M. I. Merril-Palmer Quarterly. v. 13 (3), p. 217, 1967.

HEPPER, P. "An examination of fetal learning before and after birth". Irish Journal of Psychology. v. 12 (2), p. 95-107, 1991.

HERSHER, L., MOORE, A. e RICHMOND, J. B. "Effects of postpartum separation of mother and kid on maternal care in the domestic goat". Science. v. 128, p. 1342, 1958.

HILL, B. F. Pediatrics. v. 21, p. 685, 1958.

HINDE, R. "Relationships, attachment and culture: a tribute to John Bowlby". Infant Mental Health Journal. v. 12 (3), p. 154-163, 1991.

HJELMSTEDT, A., WIDSTRÖM, A. e COLLINS, A., "Psychological Correlates of Prenatal Attachment in Women Who Conceived After In Vitro Fertilization and Women Who Conceived Naturally", Birth 33 (4), pp. 303-310, 2006.

HODNETT, E.D, GATES. S, HOFMEYR, G.J e SAKALA, C. "Continuous support for women during childbirth". Cochrane

Database Syst Rev.; (3):CD003766, 2007.

HOFFMAN, Y. e DROTAR, D. "The impact of postpartum depressed mood on mother-infant interaction: like mother like baby?". *Infant Mental Health Journal*. v. 12 (1), p. 65-80, 1991.

HOMER, C., JAMES, S. e SIEGAL, E. "Work-related psychosocial stress and risk of preterm low birthweight delivery". *Advances*. v. 7 (1), p. 13-16, 1990.

HOROWITZ, M. J. e HOROWITZ, N. F. "Psychologic effects of education for childbirth". *Psychosomatics*. VII (4), p. 196, 1967.

HOWELLS, J. G. "Childbirth is a family experience". In: Howells, J. G. (ed.) *Modern perspectives in psycho-obstetrics*. Nova York: Brunner-Mazel, 1972.

HUCKABAY, L. "The effect of bonding behavior of giving a mother her premature baby's picture". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. v. 1 (2), p. 115-129, 1987.

HURT, H. et al. "Cocaine-exposed children: follow-up through 30 months". *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. v. 16 (1), p. 29-35, 1995.

HUSSON, J. F. e YANNOTI, S. "Y a-t-il un obstétricien dans la salle?". In: D. Rapoport (ed.) *Corps de mère, corps d'enfant*. Paris: Stock, 1980.

HYNAN, M. "The emotional reactions of parents to their premature baby". *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*. v. 6 (1), p. 85-95, 1991.

IANCU, I. et al. "Psychiatric aspects of hyperemesis gravidarum". *Psychotherapy & Psychosomatics*. v. 61 (3-4), p. 143-149, 1994.

ITOH, K. "The development of visual following behavior in early infancy". *Japanese Journal of Child Psychiatry*. v. 20 (3), p. 148, 1979.

JACOBSON, E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, 1938.

. *Ann. Intern. Med.* v. 12, p. 1194, 1939.

. Ann. Intern. Med. v. 13, p. 1619, 1940. JANIS, I. L. Psychological stress. Nova York: John Wiley, 1958.

JAMES, D., SPENCER, C. e STEPSIS, B., "Fetal learning: a prospective randomized controlled study", Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 20 (5), pp.431-438, 2002.

JANUS, L., The enduring effects of prenatal experience, Mattes Verlag, Heidelberg, 2001

JELLIFFE, D. B. e JELLIFFE, E. P. "An overview". In: Jelliffe, D. B. e Jelliffe, E. P. (eds.) "The Uniqueness of Human Milk", American Journal of Clinical Nutrition. v. 24, p. 1014, 1971.

JENNINGS, K., WISNER, K. e CONLEY, B. "Serving the mental health needs of families with children under three: a comprehensive program". Infant Mental Health Journal. v. 12 (4), p. 276-290, 1991.

JINADU, M. e DARAMOLA, S. "Emotional changes in pregnancy and early puerperium among the Yoruba women of Nigeria". International Journal of Social Psychiatry. v. 36 (2), p. 9398, 1990.

JINGHENG, H. et al. "Evaluation of a health education program in China to increase breast-feeding rates". Health Promotion International. v. 9 (2), p. 95-98, 1994.

KAGAN, J. "Overview: perspectives on human infancy". In: Osofsky, J. Handbook of Infant Development, Nova York: Wiley, 1979.

KAIJ, L. e NILSSON, A. "Emotional and psychotic illness following childbirth". In: Howells, J. G. (ed.) Modern perspectives in psycho-obstetrics. Nova York: Brunner-Mazel, 1972.

KAPLAN, D. M. e MASON, E. A. "Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder". American Journal of Orthopsychiatry. v. 30, p. 539, 1960.

KAPOOR, A., DUNN, E., KOSTALI, A., ANDREWS, M. e MATHHEWS, S., "Fetal programming of hypothalamo-pituitary-adrenal function: prenatal stress and glucocorticoids", The Journal of Physiology 572 (1), pp. 31-44, 2006.

KELLER JR.R., SNYDER-KELLER, A., "Prenatal Cocaine Exposure", *Annals of the New York Academy of Sciences* 909 (1), pp.217-232 (2000).

KENNEL, J. H., JERAULD, R., WOLFE, H. et al. "Maternal behavior one year after early and extended post partum contact". *Dev. Med. Child Neurol.* v. 16, p. 172, 1974.

_____, TRAUSE, M. A. e KLAUS, M. "Evidence for a sensitive period in the human mother". *CIBA Foundation Symposium.* v. 33, p. 87, 1975.

KENNEL, J. et al. "Ill-health and child abuse". *The Lancet.* ago. 16, 1975.

KENNY, J. A. *Arch. Sex Beh.* v. 15, p. 767, 1973.

KIMBLE G. A. Hilgard and Marquis' conditioning and learning. Nova York: Appleton-Century Crofts, 1961.

KITZINGER, S. *The experience of childbirth.* Londres: Pelican, 1962.

_____. *An approach to antenatal teaching.* Londres: Wightman Mountain, 1967.

_____. *Education and counseling for childbirth.* Nova York: Schocken, 1977.

_____. KITZINGER, S., *The complete book of pregnancy and childbirth.* Nova Iorque: Alfred Knopf, 2005.

_____. *Birth Crisis.* Londres: Routledge, 2006.

KYRKLUND-BLOMBERG, N., GRANATH, F., e CNATTINGIUS, S., "Maternal smoking and causes of very preterm birth", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84 (6), pp. 572-577, 2005.

KLAUS, M. H. e KENNEL, J. *La relación madre hijo.* Buenos Aires: Panamericana, 1978.

_____ et al. "Human maternal behavior at first contact with her young". *Pediatrics.* v. 46, p. 187, 1970.

_____ et al. "Maternal attachment, importance of the first postpartum days". *New England Journal of Medicine.* v. 286 (9), p. 460, 1972.

_____, TRAUSE, M. A. e KENNEL, J. "Does human maternal behavior after delivery show a characteristic pattern?". CIBA Foundation Symposium. v. 33, p. 69, 1975.

KLEIN, H. R. "Maternal anxiety and abnormalities of birth: relationship between anxiety level during pregnancy and maternal-fetal complications". Dissertation abstracts international. v. 25, p. 2049, 1964.

_____, POTTER, H. W. e DYK, R. B. Anxiety in pregnancy and childbirth. Nova York: Paul Hoeber, 1950.

KNACKSTEDT, M., HAMELMANN, E. e ARCK, P., "Mothers in Stress: Consequences for the Offspring ", American Journal of Reproductive Immunology, 54 (2), pp.63-69, 2005.

KNIEBIEHLER, Y. e FOUQUET, C. L'histoire des mères. Paris: Montalba, 1980.

KONDAS, O. e SCETNICKA, B. "Systematic desensitization as a method of preparation for childbirth". Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. v. 3, p. 51, 1972.

KORNER, A. "Conceptual issues in infancy research". In: Osofsky, J., Handbook of Infant Development. Nova York: Wiley, 1979.

KRAEMER, H. C., KORNER, A. E. e THOMAN, E. B. Developmental Psychology. v. 6 (1), p. 128, 1972.

KRAMER, L. I. e PIERPONT, M. E. "Rocking waterbeds and auditory stimuli to enhance growth of preterm infants". The Journal of Pediatrics. v. 88 (2), p. 297, 1976.

KROGER, W. S. Psychosomatic obstetrics. Illinois: C. Thomas, 1962.

_____ e De LEE, S. J. American Journal of Obstetrics and Gynecology. v. 51, p. 544, 1946.

KRON, R. E., STEIN, M. e GODDARD, K. E. "Newborn sucking behavior affected by obstetric sedation". Pediatrics. v. 37 (9), p. 1012, 1966.

KISILEVSKY, B. S; HAINS, S., LEE; XIE, X. et al, (Canada) "Effects of experience on fetal voice recognition ". Psychological Science (May) vol 14 (3), pp.220-4, 2003.

KUMAR, R., BRANT, H. A. e ROBSON, K. M. "Childbearing and maternal sexuality: a prospective survey of 119 primiparae". *Journal of Psychosomatic Research*. v. 25 (5), p. 373, 1981.

e ROBSON, K. "Previous induced abortion and antenatal depression in primiparae: preliminary report of a survey of mental health in pregnancy". *Psychological Medicine*, v. 8 (4), p. 711, 1978.

KURTZ, L. e DEVERENSKY, J. "Adolescent motherhood: an application of the stress and coping model to child-rearing attitudes and practices". *Canadian Journal of Community Mental Health*. v. 13 (1), p. 5-24, 1994.

LAMAZE, F. *Painless childbirth*. Nova York: Pocket Books, 1956.

LAMY FILHO F., SILVA A.A., GOMES M., LAMY Z.C., MOREIRA, M. "Avaliação dos resultados neonatais do método Canguru no Brasil". *Jornal de Pediatria*, v. 84, p. 428-435, 2008.

LANDIS, J. T. *American Society Review*. v. 15, p. 767, 1950.

LAPIDUS, L. B. "Cognitive control and reactions to stress: conditions for mastery in the anticipatory phase". *Atas do 77º Congresso Anual da APA*. p. 569, 1969.

LAZARUS. "Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization". *Journal of Abnormal and Social Psychology*. v. 63, p. 504, 1961.

LEBOYER. *Nascer sorrindo*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1974.

LEBOYER, F. *Shantala*. Paris: Seuil, 1976.

LEIDERMAN, P. H. e SEASHORE, M. J. "Mother-infant neonatal separation: some delayed consequences". *CIBA Foundation Symposium*. v. 33, p. 213, 1975.

LEVIN, J. e DeFRANK, R. "Maternal stress and pregnancy outcomes: a review of the psychological literature". *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. v. 90 (1), p. 3-16, 1988.

LEVIS, D. "Behavior therapy: the fourth therapeutic revolution?". In: Levis, D. (ed.) Learning approaches to therapeutic behavior change. Chicago: Aldine, 1970.

LEWIS, T., A General theory of love. Random House, Nova Iorque, 2000.

LIEBENBERG, B. "Expectant fathers". Child and family. Verão, p. 265, 1969.

LILEY, A. W. "Disorders of the amniotic fluid". In: Assali, N. (ed.) Pathophysiology of Gestation. Nova York: Academic Press, 1972.

LING, B. C. "A genetic study of sustained visual fixation and associated behavior in the human infant from birth to six months". Journal of Genetic Psychology. v. 6, p. 227, 1942.

LIPTON, B. e BHAERMAN, S., Spontaneous Evolution - our positive future. Hay House, California, 2009.

LITTLE, R. e WENDT, J. "The effects of maternal drinking in the reproductive period: an epidemiologic review". Journal of Substance Abuse. v. 3 (2), p. 187-204, 1991.

LORCH, C. et al. "Effect of stimulative and sedative music on systolic blood pressure, heart rate, and respiratory rate in premature infants". Journal of Music Therapy. v. 31 (2), p. 105-118, 1994.

LOUCKS, R. B. Journal of Comparative Psychology. v. 15, p. 1, 1933.

MACY, C. "Psychological factors in nausea and vomiting in pregnancy: a review". Journal of Reproductive and Infant Psychology. v. 4 (1-2), p. 23-55, 1986.

MALDONADO, M. T. "Cesárea a pedido: aspectos psicológicos". Trabalho apresentado no VI Congresso da Associação Médica Brasileira e V Congresso da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1973.

. "Psicossomática e Obstetrícia". In: Mello Filho, J. (ed.) Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. .
"Prepared childbirth by systematic desensitization: a

modified version of the Lamaze method”. Trabalho não publicado, Brunswick, 1973.

_____. “Parto natural ou parto sob narcose”. *Ginecologia Brasileira*. v. 6 (2), p. 63, 1974.

_____. “A psicologia da gravidez, parto e puerpério”. *Femina*. v. 2 (7), p. 404, 1974.

e CANELLA, P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde, Ed. Novo Conceito, São Paulo, 2009.

MANDL, P. E. “The importance of breast-feeding”. *Assignment children*. v. 55/56, 1981.

MANUAL DE ORIENTAÇÃO - FEBRASGO - Assistência ao abortamento, ao parto e ao puerpério, 2010.

MANUAL TÉCNICO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO .Ministério da Saúde. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/104012898/115/Cesarea-eletiva>, 2010.

MARTIN, G. B. e CLARK, R. D. “Distress crying in neonates: species and peer specificity”. *Developmental Psychology*. v. 18 (1), p. 3, 1982.

MARTINS FILHO, J. e cols. “Relactação: proposta de uma técnica para facilitar a estimulação da lactação”. *Pediatria*. v. 3, p. 327, 1981.

_____ e SANGED, C. “Aleitamento materno em consultório — papel da equipe de saúde no estímulo e no seguimento prospectivo”. *Pediatria*. v. 4, p. 215, 1982.

MARX, G. F. *Anesthesiology*. v. 22, p. 294, 1961.

MATA, L. J. e WYATT, R. G. “Host resistance to infection”. In: Jelliffe, D. B. e Jelliffe, E. P. (eds.) “The uniqueness of human milk”, *American Journal of Clinical Nutrition*. v. 24, p. 1014, 1971.

MATTHEWS, S., “Foetal Experience: Lifelong Consequences”, *Journal of Neuroendocrinology* 19 (1), pp.73-74, 2007.

MAY, R. O homem à procura de si mesmo. Rio de Janeiro: Vozes, 1953.

McCOURT, C., WEAVER, J., STATHAM, H., BEAKE, S., GAMBLE, J., CREEDY, D., "Elective Cesarean Section and Decision Making: A Critical Review of the Literature", *Birth* 34 (1), pp.65-79, 2007.

McCRORY, E., STEPHANE, A., De BRITO, S.A. e VIDING, E. "The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors". *Frontiers in Psychiatry*, vol. 2, pp. 1-14, 2011.

McDONALD, R. L. "The role of emotional factors in obstetric complications: a review". *Psychosomatic Medicine*. v. 30, p. 222, 1968.

_____. "Paternal behavior at the first contact with the newborn in a birth environment without intrusions". *Birth and the Family Journal*. v. 5 (3), p. 123, 1978.

_____ e CHRISTAKOS, A. C. "Relationship of emotional adjustment during pregnancy to obstetric complications". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. v. 86 (3), p. 341, 1963.

_____, GYNTHNER, M. D. e CHRISTAKOS, A. C. "Relations between maternal anxiety and obstetric complications". *Psychomatic medicine*. v. 24 (4), p. 357, 1963.

_____ e PARHAM, R. J. "Relation of emotional changes during pregnancy to obstetric complications in unmarried primigravidae". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. v. 90 (2), p. 195, 1964.

McEWEN, B. S. "Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators". *European Journal of Pharmacology*, 583, 174-185, 2008.

McFARLANE, A. "Olfaction in the development of social preferences in the human neonate". *CIBA Foundation Symposium*. v. 33, p. 103, 1975.

McFARLANE, J. e FEHIR, J. "A community primary health care program based on empowerment". *Health Education Quarterly*. v. 21 (3), p. 381-394, 1994.

MCKAY, S. "The essence of humanized childbirth". Pre- and PeriNatal Psychology Journal. v. 5 (4), p. 283-295, 1991.

McLAUGHLIN, F. J., O'CONNOR, S. e DENI, R. "Infant state and behavior during the first postpartum hour". Psychological Record. v. 31 (3), p. 455, 1981.

MEIER, C. W. Science. v. 143, p. 968, 1964.

MEIGHAN, M. e WOOD, A., "The Impact of Hyperemesis Gravidarum on Maternal Role Assumption", Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 34 (2), pp.172-179, 2005.

MENZEL, B. e ROTNEM, D. "Multiple birth and its influence on the mothering experience: a case study of parent/infant psychotherapy with quadruplets". Infant Mental Health Journal. v. 11 (1), p. 26-36, 1990.

MEYER, M. F. Infant foods and feeding practices. Illinois: C. Thomas, 1960.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Método Canguru - Manual técnico de humanização ao recém-nascido de baixo peso, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Aleitamento Materno, Distribuição de Leites e Fórmulas Infantis em Estabelecimentos de Saúde e a Legislação, 2012.

MONTAGNER, H. L'enfant et la communication. Paris: Pernoud-Stock, 1978.

MONTAGU, A. Touching: the human significance of the skin. Nova York: Harper & Row, 1971.

MORRA, M. "Level of maternal stress during two pregnancy periods on rat offspring behaviors". Psychonomic Science. v. 3, p. 7, 1965.

MOYA, F. e THORNDIKE, V. "Passage of drugs across the placenta". American Journal of Obstetrics and Gynecology. v. 84, p. 1778, 1962.

MUIR, D. e FIELD, J. "Newborn infants orient to sounds". Child Development. v. 50 (2), p. 431, 1979.

MUROOKA. "Lullaby from the womb". Nova York: Capitol

Records, 1974.

MURRAY, L. "Intersubjectivity, object-relations theory, and empirical evidence from mother-infant interactions". *Infant Mental Health Journal*. v. 12 (3), p. 219-232, 1991.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING. *Early Exposure to Toxic Substances Damages Brain Architecture: Working Paper No. 4*. Acesso em www.developingchild.harvard.edu, 2006.

NEWTON, M. e NEWTON, N. "Mother's reactions to their newborn babies". *Journal of the American Medical Association*. v. 8 (3), p. 206, 1962.

_____. *Maternal emotions*. Nova York: Paul Hoeber, 1955.

_____, PEELER, D. e NEWTON, M. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. v. 101, p. 1096, 1968.

NILSSON, L. *A child is born — a completely new edition*. Nova York: Delacorte Press, 1990.

NOGUEIRA DA GAMA, S., SZWARCOWALD, C. e LEAL, MC., "Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda", *Cad. Saúde Pública* 18 (1), 2002.

NOIROT, E. "Orientation sociale et mode d'alimentation chez le bébé humain". *Psychologie Médicale*. v. 9, p. 2127, 1977.

ODENT, M. "Les positions de la mère pendant l'accouchement". In: Rapoport, D. (ed.) *Corps de mère, corps d'enfant*. Paris: Stock, 1980.

ODENT, M. *The Cesarean*. Free Association Books, Londres, 2004.

OLSSON, A., LUNDQVIST, M., FAXELID, E. e NISSEN, E., "Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth", *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19 (4), pp.381-387, 2005.

OMER, H. e EVERLY, G. "Psychological factors in preterm

labor: critical review and theoretical synthesis". American Journal of Psychiatry. v. 145 (12), p. 1507-1513, 1988.

OSOFSKY, J. e CONNORS, K. "Mother-infant interaction: an integrative view of a complex system". In: Osofsky, J. Handbook of Infant Development. Nova York: Wiley, 1979.

OSTER, M. I. "Psychological preparation for labor and delivery using hypnosis". American Journal of Clinical Hypnosis. v. 37 (1), p. 12-21, 1994.

PACIORNIK, M. Parto de cócoras. Sao Paulo: Brasiliense, 1979.

PANTOJA, A.L., "Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil", Cadernos de Saúde Pública, 19 (supl.2), pp. 335-343, 2003.

PATAH, L.E. e MALIK, A.M., "Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países". Rev Saude Pública;45(1),pp.185-94, 2011.

PARKE, R. "Perspectives on father-infant interaction". In: Osofsky, J. Handbook of Infant Development. Nova York: Wiley, 1979.

PARSEVAL, G. D. La part du père. Paris: Seuil, 1981.

PAUL, G. L. e SHANNON, D. T. "Treatment of anxiety through systematic desensitization therapy groups". Journal of Abnormal Psychology. v. 71 (2), p. 124, 1966.

PÉCHEVIS, M. "Training health personnel in the area of breastfeeding". Assignment Children. v. 55, 1981.

PETERS R. e Boivin M, (eds). Encyclopedia on Early Childhood Development. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, pp.1-8. Disponível em: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Gunnar-Herrera-HostinarANGxp.pdf>, 2009.

PHILLIPS, D., "Programming of the stress response: a fundamental mechanism underlying the long-term effects of the fetal environment? ", Journal of Internal Medicine 261 (5), pp.453-460, 2007.

PIONTELLI, A. From fetus to child, an observational and psychoanalytical study. Londres: Routledge, 1992.

PIONTELLI, A., Twins, Londres: Routledge, 2002.

PLOMAN, L. e PERSSON, B. H. Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire. v. 64, p. 706, 1957.

PLOTSKY, H. e SHERESHEFSKY, P. Child & family. v. 8 (3), p. 254, 1969.

POTTENGER, F. M. e KROHN, B. Archives of Pediatrics. v. 67, p. 454, 1950.

PRECHTL, H. F. R. "Fetal Behavior". In: Hill, A. e Volpe, J. (eds.) Fetal Neurology. Nova York: Raven Press, 1989.

PRYOR, K. Nursing your baby. Nova York: Pocket Books, 1973.

PRYSTOWSKY, H. e STENGER, V. Harper Hospital Bulletin. v. 24, p.102, 1966.

RABIN, J., SELTZER, V. e POLLACK, S. "The long-term benefits of a comprehensive teenage pregnancy program". Clinical Pediatrics. v. 30 (5), p. 305-309, 1991.

RACHMAN, S. "Studies in desensitization". Behavior Research and Therapy. v. 3, p. 245, 1965.

RANK, O. The trauma of birth. Londres: Kegan Paul, 1929.

RANERI, L. e WIEMANN, C., "Social Ecological Predictors of Repeat Adolescent Pregnancy", Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 39(1), pp.39-47, 2007. RAPHAEL, D. The tender gift: breastfeeding. Nova Jersey: Prentice-Hall, 1973. RAPOPORT, L. "The state of crisis: some theoretical considerations". In: Parad, H. J. (ed.) Crisis intervention: selected readings. Family Service Association of America, Nova York, 1965.

READ, G. D. Childbirth without fear. Nova York: Harper & Brothers, 1942.

READING, A. "The influence of maternal anxiety on the course and outcome of pregnancy: a review". Health Psychology. v. 2 (2), p. 187-202, 1983.

REHMAN, A., ST. CLAIR, D. e PLATZ, C. "Puerperal insanity

in the 19th and 20th centuries". *British Journal of Psychiatry*. v. 156, p. 861-65, 1990.

REINISCH, J. "Prenatal exposure to synthetic progestins increases potential for aggression in humans". *Science*. v. 24, p. 1171, 1981.

RETTSTOL, N. e OPJORDSMOEN, S. "Fatherhood, impending or newly established, precipitating delusional disorders: longterm course and outcome". *Psychopathology*. v. 24 (4), p. 232-237, 1991.

_____ e MONTENEGRO, C. *Obstetrícia fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 12 edição, 2011.

RHEINGOLD, H. *Maternal behavior in mammals*. Nova York: John Wiley, 1963.

RIBEIRO, R. "Analgésia e anestesia". In: Rezende, J. *Obstetrícia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1974.

RICHTIE, J. H. *New England Journal of Medicine*. v. 279, p. 1185, 1968.

RINGLER., N. M. et al. "Mother-to-child speech at two years effects of early postnatal contact?". *Behavioral Pediatrics*. v. 86 (1), p. 141, 1975.

ROBERTS, H. et al. *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*. v. 60, p. 404, 1953.

ROBERTS, S., BUSHNELL, J., COLLINGS, S. e PURDIE, G., "Psychological health of men with partners who have post-partum depression ", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40 (8), pp.704-711, 2006.

ROBERTSON, G. "Nausea and vomiting in pregnancy". *The Lancet*. v. 2, p. 336, 1946.

ROBIN, M. "Premiers regards, premiers échanges". In: *Herbinet*,

E. e Busnel, M. C. (eds.) *L'aube des sens*. Paris: Stock, 1981. ROGERS, C. R. *On becoming a person*. Boston: Houghton

Mifflin, 1961.

ROSE, S., *O cérebro do século XXI*, editora Globo, São

Paulo, 2005.

ROSEN, S. "Emotional factors in nausea and vomiting of pregnancy". *Psychiatric Quarterly*. v. 29, p. 621, 1955.

ROSENGREEN, R. e DeVAULT, S. *Proceedings of the First International Congress of Psychosomatic Medicine & Childbirth*, 1962.

ROSNER, B. e DOHERTY, N. E. "The response of neonates to intra-uterine sounds". *Development Medicine Child Neurology*. v. 21, p. 723, 1979.

ROSSI, N. et al. "Maternal stress and fetal motor behavior". *Pre-and Peri-Natal Psychology Journal*. v. 3 (4), p. 311-318, 1989.

SABATINO J. H. e cols. "Parto em posição de cócoras". *Medicina Perinatal*. Campinas: Unicamp, 1987.

SABATINO J. H., "Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições". *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 2007.

SABROZA, A.; LEAL, MC.; SOUZA JUNIOR, P., GAMA, S., "Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro", *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (Supl.1), pp.130,137,2004.

SACHAR, E. J., MASON, J. W., KOLMER, H. S. e ARTISS, K. L. *Psychosomatic Medicine*. v. 25, p. 510, 1963.

SAISTO, T. e HALMESMÄKI, E., "Fear of childbirth: a neglected dilemma", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82 (3), pp. 201-208, 2003.

SALK, L. *Disorders of the Nervous System*. v. 31, p. 110. 1970.

SCARR SALAPATEK, S. e WILLIAMS, M. L. "The effects of early stimulation on low birth weight infants". *Child Development*. v. 44, p. 94, 1973.

SCHAAL, B. et al. «Existe-t-il une communication olfactive entre la mère et son enfant nouveauné?». In: Herbinet, E. e Busnel, M. C., *L'aube des sens*. Paris: Stock, 1981.

SCHALLER, J., CARLSSON, S. e LARSSOR, K. "Effects of ex-

tended postpartum mother-child contact on the mother's behavior during nursing". *Infant Behavior and Development*. v. 2 (4), p. 319, 1979.

SCHLOESSER, P., PIERPONT, J. e POERTNER, J. "Active surveillance of child abuse fatalities". *Child Abuse and Neglect*. v. 16 (1), p. 3-10, 1992.

SCHOLZ, K. e SAMUELS, C. "Neonatal bathing and massage intervention with fathers, behavioural effects 12 weeks after birth of the first baby". *International Journal of Behavioral Development*. v. 15 (1), p. 67-81, 1992.

SCHORE, A., "The neurobiology of attachment and early personality organization". *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 16 (3), p.258, 2002.

SCOTT, E. M. e THOMSON, A. M. "A psychological investigation of primigravidae". *Journal of Obstetrics & Gynecology of the British Empire*. v. 63 (3), p. 495, 1956.

SEGUI, J. "La perception du langage et l'identification de la voix maternelle par le nourrisson". In: Herbinet, E. e Busnel, M. C. (eds.) *L'aube des sens*. Paris: Stock, 1981.

SELYE, H. *The stress of life*. Nova York: McGraw Hill, 1956.

SENECHAL, P. K. "Long term effects of early mother-infant contact". *Journal of Family Practice*. v. 8 (3), p. 511, 1979.

SHAH, K. P. "Maternal nutrition in deprived populations". *Assignment Children*. v. 55, 1981.

SHONKOFF, J.P., BOYCE,W.T. e McEWEN,B. S. "Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention". *JAMA*, 301(21), pp.2252-2259, 2009.

SIEGEL, D. e HARTZEL, M., *Parenting from the inside out: how a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. Jeremy Tarcher, Nova lorque, 2003.

SIEGEL, D., *Mindsight: The new science of personal transformation*. Random House, Nova lorque, 2010.

SIMON, E., e SCHWARTZ, J., "Medical Hypnosis for Hyperemesis Gravidarum", *Birth* 26 (4), pp. 248-254, 1999.

SKIBSTED, L. e LANGE, A. "The need for pain relief in uncomplicated deliveries in an alternative birth center compared to an obstetric delivery ward". *Pain*. v. 48 (2), p. 183-186, 1992.

SKILNAND, E., FOSSEN, D. e HEIBERG, E., "Acupuncture in the management of pain in labor", *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 81 (10), pp. 943-948, 2002.

SMITH, P. et al. "Incentives and their influence on appointment compliance in a teenage family-planning clinic". *Journal of Adolescent Health Care*. v. 11 (5), p. 445-448, 1990.

SOIFER, R. *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires: Kargieman, 1971.

SOKOLOFF, N. et al. *Developmental Psychology*. v. 1, p. 765, 1969.

SOLYOM, A. E., AIMLIE, R. e McMANUS, M. "Early assessment of psychological risk factors: on the role of husband-father during pregnancy and in the early post-natal period". *Infant Mental Health Journal*. v. 2 (1), p. 22, 1981.

SONTAG, L. W. "Differences in modifiability of fetal behavior and physiology". *Psychosomatic Medicine*. v. 6, p. 151, 1944.

SPIELBERGER, C. D. "Theory and research on anxiety". In: Spielberger, C. D. (ed.) *Anxiety and behavior*. Nova York: Academic Press, 1961.

SPITZ, R. A. *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguillar, 1958.

ST. JAMES-ROBERTS, I. "Explanations of persistent infant crying". *Infant crying, feeding and sleeping: development, problems and treatments*. Londres: Harvest-Wheatsheaf, 1993.

STEINER, M. "Post-partum psychiatric disorders". *Canadian Journal of Psychiatry*. v. 35 (1), p. 89-95, 1990.

STERN, D. *The first relationship*. Harvard University Press, Cambridge, 2002.

STEVENSON-HINDE, J. "Attachment within families

systems: an overview". *Infant Mental Health Journal*. v. 11 (3), p. 218-227, 1990.

STJERNHOLM, E.T., "Changed indications for cesarean sections". *Acta Obst et Gyn Scandinavica*; 89(1), pp. 49-53, 2010.

STOTT. "Psychological and mental handicaps in the child following a disturbed pregnancy". *The Lancet*. v. 1, p. 1006, 1957.

STOTT, D. H. e LATCHFORD, S. "Prenatal antecedents of child health, development and behavior: an epidemiological report of incidence and association". *Journal of the Academy of Child Psychiatry*. v. 15 (1), p. 161, 1976.

STREISSGUTH, A. "A long-term perspective of FAS". *Alcohol Health & Research World*. v. 18 (1), p. 74-81, 1994.

STRINGER, M. e HANES, L., "Hydrotherapy Use During Labor: An Integrative Review Worldviews on Evidence-Based", *Nursing e6* (1), pp. 3-9, 1999.

TANZER, D. "The psychology of pregnancy and childbirth: an investigation of natural childbirth". *Dissertation Abstracts International*. v. 28, p. 2615-B, 1967.

TALGE, N., NEAL, C. E GLOVER, V. "Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? ", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (3-4), pp. 245-261, 2007.

TAYLOR, E. S., GOVAN, D. C. e SCOTT, W. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. v. 61, p. 840, 1951.

THIS, B. *O pai: ato de nascimento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

THOMAN, E. B. "How a rejecting baby affects mother-infant synchrony". *CIBA Foundation Symposium*. v. 33, p. 177, 1975.

THOMPSON, W. R. "Influence of prenatal maternal anxiety on emotionality in young rats". *Science*. v. 125, p. 698, 1957. THRETHOVAN, W. H. "Le syndrome de la couvade: nouvelles observations". *Revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale*. v. 11 (1), p.

67, 1969.

_____. "The couvade syndrome". In: Howells, J. G. (ed.) Modern perspectives in psycho-obstetrics. Nova York: BrunnerMazel, 1972.

_____ e DICKENS, G. "Cravings, aversions and pica of pregnancy". In: Howells, J. G. (ed.) Modern perspectives in psycho-obstetrics. Nova York: Brunner-Mazel, 1972.

TOBIN, S. M. "Emotional depression during pregnancy". Obstetrics and Gynecology. v. 10 (6), p. 677, 1957.

TOREM, M. "Hypnotherapeutic techniques in the treatment of hyperemesis gravidarum". American Journal of Clinical Hypnosis. v. 37 (1), p. 1-11, 1994.

TRONICK, E., ALS, H. e BRAZELTON, T. B. "Mutuality in mother-infant interaction". Journal of Communication. v. 27 (2), p. 74, 1977.

TRUDINGER, B. J., AUST, F. e KNIGHT, P. C. "Fetal age and patterns of human fetal breathing movements". American Journal of Obstetrics and Gynecology. v. 137, p. 724, 1980.

TRUTNOVSKY, G., HAAS, J., LANG, U., PETRU, E., "Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth ", The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 46 (4), pp.282-287, 2006.

UDDENBERG, N. e ENGLESSON, J. "Prognosis of postpartum mental disturbance: a prospective study of primiparous women and their 4 1/2 year-old children". Acta Psychiatrica Scandinavica. v. 58 (3), p. 201, 1978.

VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN: NEW INSIGHTS. National Institutes of Health dos Estados Unidos. Disponível em http://consensus.nih.gov/2010/images/vbac/vbac_statement.pdf, 2010.

VAN AUKEN, W. e TOMLINSON, D. American Journal of Obstetrics and Gynecology. v. 66, p. 100, 1953.

VERMOREL, H. "Aspects psychologiques et psychothérapiques dans la méthode psychoprophylactique d'accouchement sans douleur". Bulletin de la Societe

Internationale de la Psychoprophylaxie Obstétrique. v. 2, p. 133, 1960.

VIDELA, M. Maternidad, mito y realidad. Buenos Aires: Nueva Visión, 1990.

_____. "El mito y la realidad de la psicoprofilaxis obstétrica". Actualidad Psicológica. v. 81, p. 7 (1ª parte) e 82, p. 9 (2ª parte), 1982.

_____. Prevención — intervención psicológica en salud comunitaria. Buenos Aires: Cinco, 1991.

VURPILLOT, E. Les perceptions du nourrisson. Paris: PUF, 1972.

_____. "Les perceptions visuelles du nourrisson". In: Herbinet, E. e Busnel, M. C. (eds.) L'aube des sens. Paris: Stock, 1981.

XING LIN FENG e cols, "Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1998 and 2008", in Murphy, A. Origins. Paul Free Press, Nova Iorque, 2010.

Wagner, M. "Fish can't see water: the need to humanize birth." International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75 pp.25_37,2001.

WALDENSTRÖM, U., HILDINGSSON, I., e RYDING, E., "Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth", International Journal of Obstetrics and Gynaecology 113 (6), pp.638-646, 2006.

WALLACE, H. e VIENONEN, M. "Teenage pregnancy in Sweden and Finland: Implications for the United States". Journal of Adolescent Health Care. v. 10 (3), p. 231-6, 1989.

WEAVER, J, STATHAM, H. e RICHARDS, M., "Are There "Unnecessary" Cesarean Sections? Perceptions of Women and Obstetricians About Cesarean Sections for Nonclinical Indications", Birth 34 (1), 32-41, 2007. WHEEDEN, A. et al. "Massage effects on cocaine-exposed preterm neonates". Journal of Development & Behavioral Pediatrics. v. 14 (5), p. 318-322, 1993.

WHELAN, C. e STEWART, D. "Pseudocyesis: a review and

report of six cases". International Journal of Psychiatry and Medicine. v. 20 (1), p. 97-108, 1990.

WIGERT, H., JOHANSSON R., BERG, M., HELLSTRÖM, A., "Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit ", Scandinavian Journal of Caring Sciences 20 (1), pp.35-41, 2006.

WINGET, C. e KAPP, F. T. "The relationship of the manifest content of dreams to duration of childbirth in primiparae". Psychosomatic Medicine. v. 34 (4), p. 313, 1972.

WINIKOFF, B. e LAUKARAN, V. "Breastfeeding and bottle feeding controversies in the developing world: evidence from a study of four countries". Social Science and Medicine. v. 29 (7), p. 859-868, 1989.

WINNICOTT, D. W. Processus de maturation chez l'enfant. Paris: PUF, 1970.

_____. "Primary maternal preoccupation". In: Through pediatrics to psychoanalysis. Londres: Hogarth Press, 1975.

_____. "Birth memories, birth trauma and anxiety". In: Through Pediatrics to Psychoanalysis. Londres: Hogarth Press, 1975.

WINTERS, M. "The relationship of time of initial feeding to success of breastfeeding". Tese de mestrado não publicada, Universidade de Washington, 1973.

WOLBERG, L. R. The technique of psychotherapy. Nova York: Grune & Stratton, 1967.

WOLFF, C. Y. et al. "Relationship between psychological defenses and mean urinary 17-hydroxycorticosteroid excretion rates". Psychosomatic Medicine. v. 26, p. 572, 1964.

WOLFF, P. H. "Observations on newborn infants". Psychosomatic Medicine. v. 21, p. 110, 1959.

WOLPE. British Journal of Psychiatry. v. 110, p. 28, 1964.
WOLPE, J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Nova York: Stanford University Press, 1958.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tracking Progress in

Maternal, Newborn & Child Survival, Relatório de 2008.

ZEIDENSTEIN, G. “Resumo Geral”. Conferência Internacional sobre Fecundidade dos Adolescentes na América Latina e Caribe, Oaxaca, México, 1989.

ZEMBLICK, M. J. e WATSON, R. I. “Maternal attitudes of acceptance and rejection during and after pregnancy”. American Journal of Orthopsychiatry. v. 23, p. 570, 1953.

ZETTERSTRÖM, R., “Breastfeeding and infant-mother interaction”, Acta Paediatrica 88 (s430), pp.1-6, 1999.

ZILBOORG, G. “Depressive reaction related to parenthood”. American Journal of Psychiatry. v. 10, p. 926, 1931.

ZUCKERMAN, B. et al. “Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability”. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. v. 11 (4), p. 190-194, 1990.

