

*Documento do
mês sobre
amamentação*

nº 04/99



maternity by Picasso

AMAMENTAÇÃO, VÍNCULO AFETIVO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PERINATAL

A formação do vínculo não é um acontecimento imediato, vai-se construindo por meio de interações sucessivas. Por isso, quanto mais oportunidades de interação ocorrerem entre mãe e bebê mais apropriado será o vínculo e, conseqüentemente, melhor a resposta materna às necessidades do filho, menos probabilidade de negligência, maus tratos e abandono.

Em um Hospital Amigo da Criança, o alojamento conjunto e a atenção apropriada ao nascimento permitem que mães e bebês a termo saudáveis permaneçam juntos desde a sala de partos até a alta hospitalar. A humanização da assistência ao prematuro implica redução das intervenções médicas ao estritamente necessário e adoção do Método Mãe-Canguru.

Neste documento apresentamos 3 textos que discutem a importância de não separar mãe e filho e como humanizar a atenção ao recém-nascido.

1. Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado. Levin A. Acta Paediatr 1999; 88:353-5.
2. Recomendações para a implementação do Cuidado Mãe Canguru para bebês de baixo peso ao nascer. A. Cattaneo et al. Acta Paediatr 1998; 87:440-5.
3. Vínculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. Kennell JH & Klaus MH. Pediatrics in Review, 1998; 19(1):4-12.

Realização:



Apoio:

Unicef



Fundo das Nações Unidas para a Infância



WABA

Tradução: Trajano Ribeiro Filho e
Tereza Setsuko Toma
Revisão: Marina Ferreira Rea
Editoração: Nelson Fco. Brandão

Ponto de Vista

Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado

A Levin

Tallin Children's Hospital, Tallin, Estonia

Levin A. Humane Neonatal Care Initiative. Acta Paediatr 1999; 88: 353-5. Stockholm. ISSN 0803-5253

O autor trabalhou durante muitos anos em departamentos experimentais do antigo sistema de saúde soviético. Atualmente, com a integração no sistema de saúde ocidental, muitos questionamentos estão sendo feitos sobre a medicina neonatal de alta tecnologia e se isto é suficientemente humanizado. O movimento Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é bem conhecido em todo o mundo, mas infelizmente só se aplica a crianças saudáveis em maternidades. Criou-se uma situação paradoxal: as rotinas das maternidades cumprem com a IHAC enquanto a unidade de cuidado intensivo neonatal no mesmo hospital pode não responder às exigências da IHAC. A IHAC trata principalmente da amamentação nas maternidades. A Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado inclui terapia agressiva mínima, contato mínimo entre recém-nascidos doentes e equipe médica e contato máximo com suas mães; o número de testes e exames deve ser reduzido ao mínimo. Apresentam-se onze passos para o aperfeiçoamento do cuidado médico e psicossocial em unidades de recém-nascidos doentes. Este artigo pretende provocar uma discussão séria. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado*

A Levin, Tervise 28, EE0034 Tallin Estonia (tel. +372 2 525948 e + 372 6 570606, fax. +372 2 525 948 e +372 6 570 606)

No final dos anos 80 e início dos 90, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e várias outras organizações iniciaram o movimento chamado Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (1). A Iniciativa se espalhou ao redor do mundo e todo mês novos hospitais recebem o título de Amigo da Criança. O que significa a IHAC? É apenas mais uma campanha ou foi criada para perdurar? Acredito que esta última seja a resposta verdadeira.

Em muitos países as mães começaram a compreender a importância da amamentação. Elas se juntaram em grupos mais tarde chamados de grupos de apoio e passaram a insistir que as maternidades devem fazer mudanças no cuidado ao recém-nascido. As mães se preocupavam com o fato dos bebês serem separados delas ao invés de colocados em seu peito.

Muitos médicos e cientistas realizaram pesquisas e publicaram artigos nos quais se apontava a necessidade de reorganizar o sistema de trabalho nas maternidades. De especial influência foi o conceito de vínculo introduzido por Klaus e Kennell (2), mais tarde reconhecido em todo o mundo. A IHAC tem por objetivo equilibrar o uso da alta tecnologia que substitui muitos processos naturais pelo uso de aparelhos e artefatos. A amamentação começou a cair no esquecimento e cada vez mais se utilizava substitutos do leite materno.

Como pediatra neonatologista, considero este movimento como um todo positivo uma vez que ajuda os bebês a se sentirem confortáveis dentro dos hospitais. Entretanto, me preocupa a situação daqueles recém-nascidos doentes e pré-termos que precisam permanecer em unidades para bebês doentes e, particularmente, em unidades de cuidado intensivo neonatal. Eles são privados do contato constante com suas mães e são alimentados, na melhor das hipóteses, com leite humano de banco. É uma visão frequente

que bebês em respiradores não podem ser amamentados, o que está correto apenas até certo ponto, já que a maioria das crianças e aqueles bebês que não necessitam ser ventilados artificialmente podem receber leite de peito fresco de suas próprias mães. Criou-se uma situação paradoxal: as rotinas das maternidades estão de acordo com a IHAC enquanto uma unidade de cuidado intensivo neonatal no mesmo hospital não responde às mesmas exigências.

Em diferentes países, 5-7% das crianças podem estar doentes e é natural que para elas a amamentação seja mais importante ou pelo menos tão importante quanto para crianças saudáveis. Este tópico foi levantado em um seminário em São Petersburgo em agosto/setembro de 1993 quando se apontou que a amamentação também é possível para bebês de baixo peso ao nascer e recém-nascidos doentes e que isto seria o melhor para estes bebês. Em unidades para recém-nascidos doentes os bebês com frequência continuam privados não só da amamentação como também de outros fatores naturais tal como o contato constante com suas mães. Em alguns casos, indústrias produtoras de fórmulas infantis apoiam pesquisas pseudo-científicas cujo principal objetivo é provar que os leites artificiais são melhores que o leite materno.

Infelizmente, o atual Código Internacional funciona bem somente nas áreas de maternidade e não nas unidades neonatais, onde ocorrem as violações.

Um outro grande problema é que o conceito da IHAC não corresponde totalmente ao seu nome. Os hospitais precisam responder a todas as exigências de amamentação para os bebês saudáveis na área de maternidade, porém o conceito de um hospital amigo da criança deveria incluir outros aspectos além da amamentação.

E com relação às condições que foram criadas para os recém-nascidos doentes? Nós estamos prestando atenção se eles se sentem confortáveis? É óbvio que os bebês gravemente doentes que precisam ser mantidos com respiradores não se

sentem bem. Bebês em incubadoras sob observação de monitores sentem-se sozinhos, embora rodeados de enfermeiras altamente qualificadas.

Existe hoje uma tendência crescente para a humanização da medicina de alta tecnologia. Por exemplo, na Suécia, construíram-se colchões de água quente (3) e tem-se aplicado o contato pele-a-pele entre mãe e bebê (4): as mães tentam usar o “método canguru” (5, 6) quando visitam seus bebês. Entretanto, há muito o que fazer. O contato constante mãe-bebê favorece a saúde biológica e psicológica de uma criança no período neonatal tardio (de 7 a 28 dias) e é muito melhor que o contato com a equipe médica que muda freqüentemente (7, 8).

Nossa pesquisa, realizada nos anos 90 e publicada somente na Rússia, indicou que no período neonatal tardio existem cordões umbilicais tanto biológicos quanto psicológicos. Isto cria uma “incubadora biológica” favorável para a criança, desta forma promovendo seu posterior desenvolvimento biológico, físico e psicológico (9, 10).

Na moderna atenção neonatal os bebês são sujeitos a vários exames e testes laboratoriais que podem causar anemia e levar a uma situação de estresse (11, 12). Por isso o número de testes e exames deve ser reduzido ao mínimo.

Deve-se prestar atenção ao problema da terapia agressiva. Atualmente, há uma tendência à redução da quantidade de drogas usadas, mas este processo ainda está nos estágios iniciais.

Em resumo, na minha opinião o conceito de um hospital amigo da criança envolve muito mais do que a amamentação de bebês saudáveis. Os Dez Passos da IHAC são inadequados para recém-nascidos doentes e prematuros. A partir de minha experiência sugerimos a aplicação dos seguintes 11 passos para a melhoria do cuidado médico e psicossocial nas unidades para recém-nascidos doentes (13).

1. Deve-se propiciar que a mãe permaneça com seu bebê doente 24 horas/dia
2. Cada membro da equipe deve dar atenção a mães e bebês e deve ser capaz de lidar com aspectos psicológicos
3. A equipe deve promover a amamentação para todas as mães e ensinar as técnicas de retirada do leite de peito
4. Deve-se reduzir o estresse psicológico da mãe durante todo o período de tratamento
5. Não se deve dar ao recém-nascido qualquer outro alimento além do leite materno, a não ser que clinicamente indicado
6. Se o bebê não pode sugar, o leite materno deve ser dado por sonda e de preferência pela mãe
7. O número de testes e exames deve ser reduzido ao mínimo
8. O contato entre mãe e bebê, pele-a-pele e olho-no-olho, deve ser usado tão logo quanto possível e deve-se reduzir o uso de equipamentos médicos no cuidado infantil
9. A terapia agressiva deve ser reduzida ao mínimo
10. Mãe e bebê devem ser considerados como um estreito sistema psicossomático. As visitas diárias da equipe devem ser voltadas não somente para o bebê como também para as necessidades da mãe (inclui um ginecologista e outros especialistas)

11. Durante uma permanência hospitalar prolongada deve-se permitir a visita de familiares saudáveis (pai, avós, outros que ajudam) à mãe e ao bebê

Parece-me que unidades para recém-nascidos doentes devem ter uma denominação ampla: Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado (14).

Depois que introduzimos a política de mães permanecerem com seus bebês doentes e pré-termos em 1994, conseguiu-se aumentar o nível de amamentação neste grupo para 75-80%. Além disso, está muito claro que as mães têm uma participação mais ativa no cuidado de seus bebês quando se aplicam estes princípios.

Nossa experiência de quase 20 anos de trabalho com mães nos provou que o futuro desenvolvimento da medicina neonatal não pode ser apenas de alta tecnologia devendo incluir também fatores humanos. É um direito humano e individual do bebê hospitalizado não somente estar rodeado de aparelhos muito bons e equipe altamente qualificada como estar com sua mãe e, de forma ideal, também com seu pai.

Ao final do século 20 e início do próximo, em analogia à IHAC nas maternidades, deve-se dar aos bebês o direito de viver sob a Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado. À frente do movimento devem estar não apenas mães e organizações internacionais mas também equipes médicas e de enfermagem de unidades neonatais.

As questões e problemas levantados neste artigo precisam de discussão séria e cuidadosa.

Referências

1. Wolf H, Charrondiere R, Helsing E. First “baby-friendly” hospital in Europe. *Lancet* 1993; 341: 440
2. Klaus HM, Kennell JH. Parent-infant bonding. 2nd ed. St Louis: CV Mosby, 1982
3. Tunell R, Sarman J, Holmer I, Elnas S. The evolution of different methods to provide to newborn babies by the use of a baby thermal manikin. *Proceedings of 3rd International Conference on Fetal and Neonatal Psychological measurements*. Malmö: Ronneby Brunn, 1988
4. Ludington-Hoe SM, Haddad A, Anderson GC. Psychologic responses to skin-to-skin contact in hospitalized premature infants. *J Perinatal* 1991; 11: 19-24
5. Charpac N, Ruiz-Pelaez JG, Charpac Y. Rey-Martinez kangaroo mother program: na alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in two cohort study. *Pediatrics* 1994; 94: 804-10
6. Charpac N, Figueiro Z, Ruiz JG. Kangaroo mother care. *Lancet* 1998; 352: 914
7. Levin A. Aspects of social-biological and medical-psychological factors and contact of infants with their mothers in neonatal care unit. Doctor degree thesis, Moscow, 1991
8. Levin A, Potapova A, Rattasep E, Krooni ND, Donchenko MR. Biocentosis in preterm and sick full-term newborns. *J Pediatr Moscow*, 1988; 8: 14-8

9. Levin A. What future course do you take, neonatal medicine? Int Child health: A Digest of Current Information 1995; 6: 41-4
10. Levin A. Where are you going, neonatal medicine? (Letter to the Editor). News and views from Estonia. Initiative Crit Care Nurs 1995; 11: 49-52
11. Levin A. The Mother-Infant Unit at Tallinn Children's Hospital, Estonia: a truly baby-friendly unit. Birth 1994; 21: 39-44
12. Harrison L, Klaus HM. Commentary: a lesson from Eastern Europe. Birth 1994; 1: 45-6
13. Levin A. Monography: Hospital for newborn babies in Russia. Leningrad: Medicina, 1989: 101
14. Levin A, Listopad T. Humanistic neonatal medicine in paediatric hospital, sharing tools for personal/global harmony. First Annual Conference on Conflict resolution, St Petersburg, 1994: 65-8

Recebido em 5 de agosto de 1998.

Aceito na forma revisada em 19 de janeiro de 1999.

Tradução: Trajano Ribeiro Filho e Tereza Setsuko Toma

Revisão: Marina Ferreira Rea

Editoração: Nelson Francisco Brandão

Realização:



IBFAN



INSTITUTO
DE SAÚDE



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

Apoio:

Unicef



Fundo das Nações Unidas para a Infância



WABA

Recomendações para a implementação do Cuidado Mãe Canguru para bebês de baixo peso ao nascer

A Cattaneo, R Davanzo, F Uxa and G Tamburlini for the International Network on Kangaroo Mother Care
Bureau for International Health, Istituto per l'Infanzia, Trieste, Italy

Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tamburlini G. Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. *Acta Paediatr* 1998; 87: 440-5. Stockholm. ISSN 0803-5253

A boa qualidade da atenção ao recém-nascido de baixo peso pode reduzir a mortalidade neonatal em países de baixa renda, mas as tecnologias usadas nos países ricos são inapropriadas. O Cuidado Mãe Canguru não necessita de equipamentos caros e sofisticados e por sua simplicidade pode ser aplicado em quase todos os lugares, incluindo maternidades periféricas de países muito pobres. O Cuidado Mãe Canguru (CMC) também pode contribuir para a humanização da assistência neonatal e um melhor vínculo entre mãe e bebê tanto em países pobres quanto ricos. Um grupo de profissionais de saúde com experiência em CMC reuniu-se para discutir a efetividade, segurança, aplicabilidade e aceitabilidade deste tipo de atenção em diferentes localidades: desde unidades hospitalares de primeiro e segundo níveis em locais com recursos muito limitados, unidades de segundo e terceiro níveis em locais de recursos limitados até hospitais de segundo e terceiro níveis em locais com amplos recursos e taxa de mortalidade infantil < 15/1000. Este artigo resume as recomendações deste grupo de profissionais para a implementação do CMC nestas várias localidades assim como sugestões para prioridades de pesquisa.

A Cattaneo, Bureau for International Health, Istituto per l'Infanzia, 34137 Trieste, Itália

O Cuidado Mãe Canguru (CMC) é definido como contato pele-a-pele precoce, prolongado e contínuo (conforme as circunstâncias permitam) entre uma mãe e seu recém-nascido de baixo peso (RNBP), no hospital e mantido após alta precoce (dependendo das circunstâncias) até pelo menos 40 semanas de idade gestacional pós-natal, de forma ideal com amamentação exclusiva e acompanhamento adequado. Desde sua primeira descrição em 1983 (1), o CMC tem sido extensamente estudado mas são raros os experimentos randomizados. Dois experimentos publicados de países industrializados (2, 3), embora realizados com um pequeno número de sujeitos e contato pele-a-pele limitado a 1-3 hs/dia, mostraram que o CMC é seguro em termos de resposta fisiológica e oferece alguns benefícios com relação a prevalência e duração do aleitamento materno, redução na hospitalização e no choro aos 6 meses. Dois experimentos de países em desenvolvimento, o primeiro randomizado (4) e o segundo um estudo de duas coortes (5), mostraram que o CMC utilizado após a estabilização inicial é seguro quanto a

mortalidade e pode reduzir a morbidade severa, com menos reinternações. O CMC oferece outros benefícios: (i) reduz a necessidade de equipamentos caros e sofisticados, freqüentemente inadequados para países de baixa renda – sua simplicidade implica na possibilidade de ser aplicado em quase todo lugar, inclusive em maternidades muito periféricas; (ii) reduz a necessidade de pessoal qualificado e concentra a atenção dos profissionais de saúde disponíveis para componentes essenciais do cuidado neonatal tais como controle térmico, contato precoce mãe-bebê e amamentação; (iii) contribui para a humanização do cuidado neonatal e para um melhor vínculo entre a mãe e seu RNBP; e (iv) permite que a mãe se torne competente e confiante no cuidado do bebê tanto no hospital quanto em casa.

Devido a estas características e o potencial para contenção de custos, O CMC está sendo praticado em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Este artigo resume as recomendações de um grupo de 36 profissionais de saúde de 15 países da África, Ásia, Europa e Américas do Norte e do Sul, os quais participaram de um Seminário realizado em Trieste, Itália, de 24 a 26 de outubro de 1996 (ver Lista de participantes). Depois da apresentação e discussão de resultados preliminares de vários estudos, de resumos de resultados de estudos completos e já publicados, e das experiências de diferentes locais, os participantes se dividiram em três grupos para chegar a um consenso sobre a implementação do CMC em três diferentes localidades:

- (i) *maternidades de primeiro e segundo níveis em locais de recursos muito limitados*: geralmente são hospitais rurais ou unidades de saúde em países de baixa renda, sem equipamentos e suprimentos para a atenção do RNBP, sem médicos pós-graduados ou até mesmo sem médicos, com freqüência contando apenas com um

Lista de participantes do Workshop on Kangaroo Mother care for Low Birthweight Infants, Trieste, Itália, 24-26 de Outubro de 1996

GC Anderson (Cleveland, EUA), N Bergman (Cidade do Cabo, África do Sul), HM Bosse, C Fischer, D Sontheimer, M Sperandio (Heilderberg, Alemanha), A Cattaneo, R Davanzo, S Quintero Romero, G Tamburlini, F Uxa (Trieste, Itália), N Charpac, Z Figueiroa de Calume, JG Ruiz (Bogotá, Colômbia), K Christensson (Estocolmo, Suécia), B Dalla Barba (Padova, Itália), M Echeverria Eguiluz (Merida, México), O Girard (Meaux, França), A Gomez Papi, A Nieto Jurado (Tarragona, Espanha), LW Leon Camacho (Quito, Equador), G Lima (Recife, Brasil), O Lincetto (Veneza, Itália), SM Ludington (Baltimore, EUA), F Montilla Perez (Barcelona, Espanha), B Persson (Helsinborg, Suécia), M Ferreira Rea (São Paulo, Brasil), C Richelli (Verona, Itália), DK Setyowireni, A Surjono (Yojacarta, Indonésia), MV Sola (Pordenone, Itália), J Swinth (Richland, EUA), B Syfrett (Toledo, EUA), SN Vani (Ahmedabad, Índia), B Worku (Adis Abeba, Etiópia) e J Zupan (OMS, Genebra, Suíça).

pequeno número de enfermeiras ou parteiras habilitadas. Nestes serviços os recém-nascidos em geral são deixados com suas mães e recebem alta precoce. A amamentação exclusiva é a regra.

- (ii) *maternidades de segundo e terceiro níveis em locais de recursos limitados*: este grupo inclui a maioria dos hospitais distritais e provinciais de vários países mas apenas um pequeno número de hospitais urbanos de atenção terciária de países de baixa renda, com o número de partos anuais variando de algumas centenas a poucos milhares. Uma característica comum é a disponibilidade de pessoal habilitado (enfermeiras e parteiras especializadas, pediatras, obstetras ou pelo menos médicos com muita experiência) e de equipamentos e suprimentos básicos para o cuidado do RNBP (incubadoras, aquecedores radiantes, oxigenioterapia, drogas, CPAP e, às vezes, ventiladores). Entretanto, a equipe e os equipamentos não são suficientes para responder às necessidades. Os equipamentos são sujeitos a quebras freqüentes, falta de energia e de manutenção ou reposição de peças; a presença de médicos competentes pode estar restrita a poucas horas por dia. O resultado é uma atenção abaixo da ideal: mais de um bebê por incubadora, higiene precária, controle térmico inadequado, supervisão clínica e acompanhamento insuficientes. Nestes locais, os RNBP com freqüência são colocados em berçários e têm pouco contato com suas mães. A promoção do aleitamento materno exclusivo é insuficiente, sendo comum a alimentação com fórmula infantil por meio de mamadeira ou sonda gástrica.
- (iii) *maternidades e unidades de atenção neonatal de segundo e terceiro níveis em locais de recursos amplos e taxas de mortalidade infantil < 15/1000*: incluem serviços com recursos humanos, materiais e financeiros adequados para uma atenção neonatal bastante sofisticada. Raramente se encontra este tipo de hospital nos países em desenvolvimento, mas são comuns em países industrializados. A disponibilidade de tecnologia cara e atenção neonatal sofisticada resulta em baixos níveis de mortalidade, mesmo de RN de muito baixo peso, mas em geral não há uma humanização do cuidado. Isto implica freqüentemente em pouco contato entre mães e bebês, muitas vezes por longos períodos, alimentação com fórmula em mamadeira ou por sonda gástrica, nutrição parenteral e uma dificuldade de manter a amamentação próximo à alta.

Recomendações

CMC em maternidades de primeiro e segundo níveis em locais de recursos muito limitados:

Para a atenção de RNBP nestes locais parece útil estabelecer diferentes pontos de corte para peso ao nascer: $\geq 1800g$, entre $1200 - 1799g$, $< 1200g$. Se não houver uma balança disponível, pode-se estimar o peso ao nascer mediante uso de outras alternativas (por exemplo, circunferência do tórax) ou simplesmente agrupar os RNBP

em três categorias (grande, pequeno e muito pequeno) de acordo com sua aparência. Os problemas, o tipo de cuidado, o papel e possíveis benefícios do CMC diferem consideravelmente para estes três grupos.

RNBP grande ou de peso ao nascer entre 1800 e 2499g. Neste grupo, problemas relacionados à prematuridade tais como a síndrome de angústia respiratória (SAR) são incomuns e a maioria das mortes são decorrentes de asfíxia ou infecções, sendo importantes a hipotermia e a hipoglicemia. O CMC aumenta o vínculo (6), promove a amamentação (3) e facilita o controle térmico (7), podendo ajudar na redução dos altos níveis de morbidade e mortalidade neonatal observados neste grupo. Isto se aplica particularmente aos locais onde é comum a hipotermia neonatal, o que é muito mais freqüente do que se imaginava (9, 10). Nestas circunstâncias, o CMC também pode ser usado para reaquecer recém-nascidos pouco ou moderadamente hipotérmicos (11); é também o melhor método de transporte disponível (dentro do próprio serviço, de um serviço para outro e entre serviços de saúde e domicílio) quando necessário (12). O CMC pode resultar em considerável economia e uso mais eficiente da equipe para supervisão regular do bebê e apoio às mães, assim como pode ajudar no desempenho de uma abordagem mais humana de atenção ao nascimento. Devido ao seu efeito sobre a amamentação e confiança das mães em lidar com bebês pequenos o CMC permite uma alta mais precoce e mais segura e melhora a perspectiva de sobrevivência e crescimento.

RNBP pequeno ou de peso ao nascer entre 1200 e 1799g. Neste grupo, o tamanho e importância dos problemas relacionados à prematuridade e, em particular da SAR, dependem da relação Prematuro - Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) existente em cada população específica e, em geral, são muito maiores do que no grupo anterior. É provável que o potencial do CMC em reduzir mortalidade e morbidade seja ótimo em recém-nascidos ≥ 32 semanas de idade gestacional. É necessário uma reavaliação regular, por meio de equipe treinada, de como estes bebês respiram, se alimentam e mantêm sua temperatura. Quando se observa que os recém-nascidos fazem bem estas funções, o CMC pode ser implementado e mantido da mesma maneira que para os bebês maiores e com as mesmas vantagens. Não há evidência de que o CMC sozinho aumente a sobrevivência ou reduza a mortalidade em recém-nascidos com problemas respiratórios ou de alimentação. Se possível, estes recém-nascidos devem ser transferidos para um serviço com maior nível de atenção, onde uma equipe mais habilitada e equipamentos melhores (incubadora e CPAP) estejam disponíveis. Se a referência não for possível, por motivos como custo, distância, recusa dos pais ou nenhuma garantia de nível mais elevado de atenção, estes bebês podem ser atendidos com o uso do CMC no serviço de atenção primária. Entretanto, não há evidências que sugiram aumento da sobrevivência ou redução da morbidade neste subgrupo de recém-nascidos com problemas respiratórios ou de alimentação apenas com o uso do CMC.

RNBP muito pequeno ou de peso ao nascer < 1200g.

Neste grupo, a morbi-mortalidade é extremamente elevada e as principais causas de morte são os problemas relacionados à prematuridade. Embora existam alguns relatos de bons resultados (8), não há evidências de que o CMC ao nascimento em serviços deste nível de atenção possa reduzir mortalidade e morbidade. Por isso, estes recém-nascidos devem ser transferidos para hospitais de segundo e terceiro níveis com atenção especializada. Se possível, isto deve ocorrer ainda com o bebê intra-útero. Se for impossível a referência ou se o hospital de referência não dispõe de cuidado especializado, estes RNBP terão que ser mantidos no serviço de atenção primária. Embora alguns destes bebês possam sobreviver não há evidências de aumento com o uso do CMC. Muitos destes recém-nascidos morrerão se mantidos neste nível, independentemente do método de atenção. Pesquisas operacionais sobre a aceitabilidade do CMC nestes casos devem ser realizadas em qualquer sociedade, antes do estabelecimento de guias. As crianças sobreviventes progressivamente passarão ao dois grupos anteriores.

CMC em maternidades de segundo e terceiro níveis em locais de recursos limitados:

Nestas localidades, apesar da disponibilidade de recursos humanos e materiais, a mortalidade neonatal pode ser alta mesmo em recém-nascidos relativamente maduros ($\geq 1800g$), devido à superlotação, controle térmico inadequado (13), infecções hospitalares, quebra ou uso inadequado dos equipamentos, vigilância e seguimento insuficientes. A prática de separação entre mãe e bebê dificulta o vínculo e a amamentação, desta forma diminuindo as chances de sobrevivência após a alta. Apesar da necessidade de mais evidências científicas sobre tópicos específicos este é o grupo para o qual se dispõe de mais dados (4, 5, 14). Estes dados mostram que o CMC pode diminuir a morbidade e melhorar o bem estar do RNBP, durante sua permanência no hospital e após a alta, por prevenir hipotermia e infecções, promover o estabelecimento precoce e manutenção do aleitamento e aumentar substancialmente a habilidade e auto-confiança da mãe em cuidar de seu bebê. O CMC é bem aceito por mães e profissionais e pode reduzir o custo do cuidado hospitalar ao RNBP. A extensão na qual o CMC é aplicável varia de acordo com o peso e idade gestacional, porém nestes locais ele é indicado para todos os recém-nascidos com 32 semanas ou mais de idade gestacional.

Bebês menores de 32 semanas podem iniciar o PMC após estabilização das funções vitais, em geral com 1 a 5 dias de vida, na dependência de equipe habilitada e competente e da disponibilidade de equipamentos. Os critérios para elegibilidade podem ser bem amplos. Todos os RNBP podem ser colocados em CMC quando estiverem livres de doenças graves ou malformações, forem capazes de respirar por conta própria, a mãe ou outro parente estiver disponível (alerta, sem doença grave, no hospital, com desejo de colaborar e apoiada pela família).

CMC em maternidades de segundo e terceiro níveis em locais de recursos amplos:

Nestes locais o CMC promove a amamentação (3,15), proporciona controle térmico efetivo (2,16), não tem efeitos adversos sobre gasto energético (17), aumenta o crescimento físico (15), permite adaptação mais rápida à vida extra-uterina (18) e contribui para a humanização da assistência neonatal. Além disso aumenta a competência e confiança maternas (19, 20) e incentiva a adaptação e evolução da família de um recém-nascido pré-termo. Finalmente, o CMC pode resultar em grande economia de recursos de alta tecnologia em unidades de terapia intensiva neonatal, um importante benefício em tempos de recursos limitados e racionamento na área de saúde (21). Neste locais o CMC pode ser aplicado a RNBP desde 28 semanas de idade pós-concepcional, de qualquer idade gestacional, de qualquer peso (tão pequeno quanto 600 g), e até mesmo para bebês doentes desde que tolerado pela díade mãe-bebê, pela família e sistema de saúde (3, 22-26). O CMC deve ser oferecido para todas as mães de RNBP e é provável que seja de particular benefício para mães adolescentes e para aquelas com fatores de risco sociais. Ele pode ser aplicado em todas as fases de hospitalização (27): durante o período de estabilização que pode ser encurtado, durante o período de transição quando o bebê está crescendo e pouco antes da alta; pode também ser continuado em casa. O contato pele-a-pele deve durar o máximo possível; quando não pode ser contínuo, o contato deve ser tão freqüente quanto possível possibilitando uma duração mínima de 60 minutos para evitar o excesso de manipulação. As contra-indicações do CMC incluem: instabilidade das funções vitais (neste caso o RNBP pode ser progressivamente “desmamado” para o CMC enquanto suas funções vitais se estabilizam), extremo baixo peso (neste caso o CMC pode ser iniciado depois da primeira semana de vida), fase crítica de doença aguda ou exacerbação de uma doença (neste caso o tratamento específico deve ter prioridade sobre o CMC). Outras possíveis contraindicações incluem a enterocolite necrotizante, tubos torácicos, hipertensão pulmonar e persistência da circulação fetal, terapia com vasopressores, a fase de “desmame” do cuidado intensivo e recém-nascidos que não toleram ser colocados e retirados do CMC.

Necessidades

Independentemente do local e da disponibilidade de recursos, cinco requerimentos são críticos para a implementação do CMC.

Informação e apoio às mães

A mãe deve estar disponível e querer participar. A decisão de adotar o CMC deve ser tomada através de consenso entre mãe/familiares de um lado e médicos/enfermeiras de outro. As mães devem ser adequadamente informadas e instruídas. Se possível, todas as gestantes, ou pelo menos aquelas sob risco de parto prematuro devem ser informadas de que esta é a política do hospital para os RNBP. É necessário uma política hospitalar que facilite o acesso dos pais, sala com espaço adequado, uma cadeira confortável para cada mãe, facilidade para refeição completa e sanitários, algum

tipo de recreação. A mãe pode ser substituída pelo pai, avós ou amigo próximo quando necessitam se separar de seus bebês e por períodos variáveis (28). O programa CMC deve considerar que as mães necessitam de apoio psicológico, social e educacional não somente durante a hospitalização mas também após a alta (4, 5). O longo período no hospital e os contatos repetidos após alta devem ser usados pelos profissionais de saúde para ensinar as mães e suas famílias não apenas a habilidade com o CMC mas também quanto aos aspectos relacionados à atenção da saúde infantil. Além disso, o programa CMC deve montar um sistema no qual as mães possam ter contato rápido e direto com um profissional treinado sempre que necessitem.

Treinamento do pessoal de saúde

O número e o tipo de equipe disponível não afetam a possibilidade de implementar o CMC, desde que haja concordância mútua entre o pessoal envolvido e entre eles e as mães e desde que se disponha de um adequado programa de educação e treinamento. Idealmente, deve-se ter uma política hospitalar (ou nacional) escrita e guias sobre o PMC. Toda a equipe do hospital deve ser treinada e o curso repetido para cada novo funcionário. A equipe tem que ser capaz de monitorar ou avaliar regularmente as condições clínicas do RNBP, em particular, respiração, alimentação, temperatura e urina; a equipe tem que ser capaz de oferecer o apoio necessário às mães. Em todos os hospitais que cuidam de RNBP deve-se realizar o treinamento em serviço dos profissionais com relação ao CMC, amamentação e controle térmico. Além disso, a equipe deve ter bom conhecimento sobre desenvolvimento infantil e cuidado dos pais e como incentivar e dar apoio. A informação sobre as vantagens do CMC e sobre seu uso no hospital também deve ser transmitida ao restante da equipe, em particular àqueles envolvidos em saúde materno-infantil e atenção pré-natal. Tão logo quanto possível, as escolas médicas e de enfermagem devem incluir o CMC em seus currículos. Além do curso inicial é necessário manter uma educação continuada.

Contato pele-a-pele e controle térmico

Deve-se assegurar contato pele-a-pele contínuo e prolongado entre mãe e bebê pelo maior tempo possível durante dia e noite. O bebê deve ser mantido em posição vertical ou semi-obliqua entre as mamas com um contato ventral seguro. O bebê deve estar vestido somente com fralda, touca e meias quando a temperatura da sala é $> 20^{\circ} \text{C}$ e coberto com camiseta de algodão quando a temperatura da sala cai para menos de 20°C . A sala deve estar aquecida até pelo menos 20°C se a temperatura ambiente for baixa. Quando necessário devem ser usados métodos complementares de controle térmico, tais como uma sala aquecida.

Aleitamento materno

A promoção do aleitamento materno é parte essencial do programa CMC. A amamentação deve ser incluída na política geral do hospital e deve ser promovida para todas as mães. A equipe do hospital deve garantir que toda mãe participante do CMC seja capaz de retirar e estocar o leite do peito, amamentar seu RNBP, manter amamentação exclusiva

(sempre que possível e segura) a intervalos regulares dia e noite, alimentar adequadamente o bebê com xícara, colher ou contagotas, se necessário. A amamentação exclusiva é a regra, mas depende de avaliação regular dos ganhos de peso e comprimento durante o seguimento, tanto no hospital quanto após a alta. Nos casos de ganho insuficiente de peso ($< 10\text{-}15\text{g/kg/d}$) depois de terem sido afastadas outras causas deve-se dar fórmula para pré-termo, se disponível, por meio de xícara ou colher para obter uma adequada nutrição. A promoção da amamentação é crucial para o cuidado neonatal, em particular quando se trata de bebês doentes e/ou frágeis, mas atingir um ganho de peso adequado deve ter prioridade sobre a regra de ouro de manter amamentação exclusiva. Quando o bebê ainda não desenvolveu uma adequada habilidade de sucção deve-se usar o leite materno ordenhado; colocar o recém-nascido em CMC durante a alimentação por sonda com a boca próxima ao mamilo da mãe facilitará a lactação, o reflexo de ejeção e a habilidade da criança de mamar. Os bebês que ainda são incapazes de mamar também podem iniciar o CMC, uma vez que isto estimulará sua habilidade de sucção e propiciará um início mais precoce da amamentação. Bebês que não podem ser alimentados, como por exemplo aqueles em ventilação, inicialmente serão alimentados com leite materno ordenhado por meio de um método considerado apropriado (xícara, colher, contagotas, seringa, sonda), nunca a mamadeira; a amamentação se iniciará progressivamente tão logo o bebê demonstre habilidade de sugar. A equipe deve receber treinamento também sobre amamentação de RNBP, em particular com relação ao estímulo do aleitamento, ordenha e conservação do leite materno, modo de administração do leite ordenhado e monitoramento diário do crescimento. A amamentação à demanda é inadequada para o RNBP e a equipe deve saber como implementar um programa de aleitamento materno que leve em consideração as necessidades nutricionais de cada bebê. A equipe deve também ter conhecimentos e habilidades para decidir quando e como suplementar a amamentação com fórmula para pré-termo ou um outro tipo de suplemento (vitaminas, micronutrientes,) se estiverem disponíveis.

Alta hospitalar

Um RNBP em CMC pode receber alta hospitalar de acordo com os seguintes critérios: o bebê é capaz de sugar o peito e deglutir adequadamente, está crescendo e ganhando peso (e pelo menos recuperou o peso de nascimento), mantém temperatura estável em posição canguru, a mãe é capaz de cuidar do bebê em casa e de comparecer ao ambulatório para seguimento. Se a mãe não pode assegurar seguimento adequado, o peso de alta deve ser de pelo menos 1500 g. Se estes critérios são preenchidos, o bebê pode sair de alta em CMC com a recomendação de usar, touca e meias. A mãe deve ser orientada a dormir em posição elevada durante o CMC. O seguimento deve ser feito em hospital e deve proporcionar a melhor atenção pediátrica disponível localmente até a idade pós-concepcional de pelo menos 40 semanas. Depois disso, o bebê poderá participar normalmente do programa para recém-nascidos de alto risco. A organização de um seguimento adequado é parte do programa CMC e deve ser integrado em toda política desenvolvida localmente,

com clínicas que dão prioridade a visitas agendadas aos RNBP. Uma estrutura de apoio na comunidade composta de enfermeiras experientes e mães que participaram do programa CMC seria um importante colaborador.

Necessidades de pesquisa

Mais estudos são necessários sobre a efetividade e segurança do CMC como meio de estabilizar RNBP e prematuros logo após o nascimento. Também são necessárias algumas pesquisas em sistemas de saúde sobre a aplicabilidade do CMC em diferentes localidades (por exemplo, sobre barreiras culturais e gerenciais que possam dificultar sua implementação). Mas os dois tópicos mais importantes para pesquisar referem-se ao CMC ao nascimento para recém-nascidos de muito baixo peso em maternidades de primeiro e segundo níveis de locais com recursos muito limitados e CMC em partos domiciliares não assistidos por pessoal treinado. Embora haja evidências de que o CMC é benéfico para bebês de baixo peso nascidos e atendidos em hospital, não há evidência científica clara de que isto também se aplica àqueles nascidos em casa. Estudos sobre CMC para cuidado domiciliar de RNBP nascidos em casa e que não podem ser levados ao hospital são bem-vindos, levando em conta as culturas locais e as atuais atividades para melhorar a atenção ao nascimento domiciliar. Parece necessário dispor de mais evidências com relação às vantagens do CMC sobre outros métodos na atenção ao RNBP <30 semanas de idade pós-concepcional, <32 semanas de idade gestacional, <1000g de peso ao nascer e em crianças criticamente doentes. Também são necessários estudos sobre métodos de amamentação e uso de suplementos em RNBP <32 semanas de idade gestacional, sobre controle térmico proporcionado por contato pele-a-pele entre RNBP e um membro masculino da família ou uma mulher que não teve bebê recentemente, uma vez que foram relatados episódios de hipertermia nestes casos (28), sobre o efeito de combinar CMC, oxigênio aquecido umidificado e sucção não-nutritiva em RNBP com roncosp e/ou taquipnéia, e sobre relação custo/benefício do CMC, incluindo custos diretos e indiretos e benefícios intangíveis.

Conclusões

Os resultados dos estudos apresentados durante o Seminário em conjunto com estudos anteriores mostram que o CMC pode reduzir a morbidade e melhorar o bem estar do RNBP mediante a prevenção de hipotermia e infecções, promoção do estabelecimento precoce e continuidade da amamentação e aumento substancial da habilidade e autoconfiança das mães em cuidar de seus bebês. Se implementado de forma ampla o CMC tem o potencial de melhorar a saúde e a sobrevivência de RNBP, particularmente naqueles locais de recursos limitados; porém, benefícios tanto para mães quanto para bebês também podem ser obtidos nos locais onde se dispõe da cara tecnologia utilizada na atenção convencional. Embora os RNBP e prematuros tenham sido o foco deste Seminário, não se exclui o uso do CMC para recém-nascidos de termo; o CMC beneficiará também essas mães, bebês e suas famílias. Shiau (comunicação pessoal) acaba de obter dados sobre os benefícios do CMC em 58

binômios mãe-bebê a termo taiwaneses: melhor qualidade do contato mãe-bebê, menor ansiedade materna, menos ingurgitamento mamário segundo relato das mães e medida da circunferência torácica, melhor situação da amamentação e uma tendência à maturação mais rápida do leite materno.

Os participantes do seminário concordaram que a atenção das autoridades de saúde nacional e internacional deveria se voltar para estes potenciais benefícios do CMC. Para este propósito, decidiu-se estabelecer uma rede – a Rede Internacional sobre CMC (INK – International Network on KMC) – cujo objetivo é promover o uso do CMC em países desenvolvidos e em desenvolvimento, e em um contexto mais amplo de abordagem humanística e baseada em evidências científicas para a atenção ao nascimento e ao recém-nascido. Os objetivos da INK incluem a disseminação de conhecimentos, a defesa e o apoio a programas de implementação e a troca de informação entre os pesquisadores. A INK também fornecerá apoio técnico e material de treinamento a instituições, associações profissionais, organizações não governamentais, agências nacionais e internacionais e associações leigas. As instituições e indivíduos participantes do seminário formarão o núcleo inicial desta rede, mas novos parceiros são bem-vindos.

Referências

1. Rey ES, Martinez HG. Manejo racional del niño prematuro. In: Curso de Medicina Fetal. Bogotá: Universidad Nacional, 1983.
2. Ludington-Hoe SM, Hadeed AJ, Anderson GC. Physiologic responses to skin-to-skin contact in hospitalized premature infants. *J Perinatol* 1991;11:19-24
3. Whitelaw A, Heisterkamp G, Sleath K, Acolet D, Richards M. Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Arch Dis Child* 1988;63:1377-81
4. Sloan NL, Leon Camacho LW, Pinto Rojas E, Stern C, and Maternidad Isidro Ayora Study Team. Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. *Lancet* 1994;344:782-5
5. Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Charpak Y. Rey-Martinez kangaroo-mother programme: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two-cohort study. *Pediatrics* 1994;94:804-10
6. Ludington-Hoe SM, Golant SK. Kangaroo care: the best you can do for your premature infant. New York: Bantam Books, 1993
7. Mondlane RP, da Graça AMP, Ebrahim GJ. Skin-to-skin contact as a method of body warmth for infants of low birth weight. *J Trop Pediatr* 1989;35:321-6
8. Bergman NJ, Jurisoo LA. The kangaroo-method for treating low birth weight babies in a developing country. *Tropical Doctor* 1994;24:57-60
9. Ellis M, Hanandhar N, Shakya U, Hanandhar DS, Fawdry A, Costello AHL. Postnatal hypothermia and cold stress among newborn infants in Nepal monitored by continuous ambulatory recording. *Arch Dis Child* 1996;75:F42-4
10. Xiao Cheng J, Chuan You Z, Ru Yan P. Epidemiological study on hypothermia in newborns. *Chin Med J* 1993;106:418-23
11. Karlsson H. Skin-to-skin care: heat balance. *Arch Dis Child* 1996;75:F130-2

12. WHO. Thermal control of the newborn: a practical guide. Maternal Health and Safe Motherhood Programme (WHO/FHE/MSM/93.2). Geneva: WHO, 1993
13. Dragovich D, Tamburlini G, Alisjahbana A, Kambarami R, Karagulova J, Lincetto O, et al. Thermal control of the newborn: knowledge and practice of health professionals in seven countries. *Acta Paediatr* 1997; 86: 645-50
14. Colonna F, Uxa F, da Graça AMP, de Vonderweid U. The kangaroo-mother method: evaluation of an alternative model for the care of low birth weight newborns in developing countries. *Int J Gynaecol Obstet* 1990;31:335-9
15. Wahlberg V, Affonso D, Persson B. A retrospective, comparative study using the kangaroo method as a complement to the standard incubator care. *Eur J Public Health* 1992;2:34-7
16. Bosque EM, Brady JP, Affonso D, Wahlberg V. Physiologic measures of kangaroo versus incubator care in a tertiary level nursery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1995;24:219-28
17. Bauer J, Sontheimer D, Fischer C, Linderkamp O. Metabolic rate and energy balance in very low birth weight infants during kangaroo holding by their mothers and fathers. *J Pediatr* 1996;129:608-11
18. Ludington-Hoe SM, Swinth J. Developmental aspects of kangaroo care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996;25:691-703
19. Affonso D, Wahlberg V, Persson B. Exploration of mother's reactions to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal Network* 1989;7:43-51
20. Affonso D, Bosque E, Wahlberg V, Brady J. Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in a American tertiary level intensive care nursery. *Neonatal Network* 1993; 12: 25-32
21. Murton LJ, Doyle LW, Kitchen WH. Care of very low birth weight infants with limited neonatal intensive care resources. *Med J Aust* 1987;146:78-81
22. de Leeuw R, Colin EM, Dunnebie EA, Mirmiran M. Physiologic effects of kangaroo care in very small preterm infants. *Biol Neonate* 1991;59:149-55
23. Ludington-Hoe SM, Thompson CA, Swinth J, Hadeed AJ, Anderson GC. Kangaroo care: research results and practice implications and guidelines. *Neonatal Network* 1994;13:19-25
24. Gale G, Franck L, Lund C. Skin-to-skin (kangaroo) holding of the intubated premature infant. *Neonatal Network* 1993;12:49-57
25. Anderson GC. Skin-to-skin: kangaroo care in western Europe. *Am J Nurs* 1989;662-6
26. Acolet D, Sleath K, Whitelaw A. Oxygenation, heart rate and temperature in low birth weight infants during skin-to-skin contact with their mothers. *Acta Paediatr Scand* 1989;78:189-93
27. Ludington-Hoe SM, Anderson GC, Simpson S, Hollingsead A. Skin-to-skin contact beginning in the delivery room for Colombian mothers and their preterm infants. *J Hum Lact* 1993;9:241-2
28. Ludington-Hoe SM, Hashemi MS, Argote LA, Medellin G, Rey H. Selected physiologic measures and behavior during paternal skin contact with Colombian preterm infants. *J Dev Physiol* 1992;18:223-32

Tradução: Tereza Setsuko Toma
 Editoração: Nelson Francisco Brandão

Realização:



Apoio:

Unicef



Fundo das Nações Unidas para a Infância



WABA

Vínculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal

John H. Kennell, MD* e Marshall H. Klaus, PhD**

Kennell JH, Klaus MH. Bonding: recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review*, 1998; 19(1): 4-12.

Pontos importantes

1. O apoio contínuo de uma mulher experiente resulta em trabalho de parto mais curto, levando a uma redução de mais de 50% na necessidade de intervenções obstétricas que podem interferir com a interação e contato precoces mãe-bebê.
2. O apoio contínuo à mãe durante o trabalho de parto resulta em aumento na incidência e duração da amamentação, contato mais afetivo mãe-bebê e benefícios psicológicos.
3. A habilidade de engatinhar do recém-nascido, a sensibilidade dos mamilos, a notável diminuição do choro quando o bebê está em contato pele-a-pele com a mãe e a capacidade de aquecimento do tórax materno são fenômenos adaptativos.
4. Quando o bebê suga o peito, ocorre uma efusão de 19 diferentes hormônios gastrointestinais tanto na mãe quanto no bebê, incluindo colecistoquinina e gastrina, os quais estimulam o crescimento das vilosidades intestinais de ambos, aumentando a superfície e a absorção de calorias a cada mamada.
5. Proporcionar o contato mãe-bebê desde o nascimento e o alojamento conjunto podem aumentar significativamente a amamentação e diminuir a incidência de falha de crescimento, abuso, negligência e abandono na infância.

Por quase três décadas, tem havido especial interesse sobre o vínculo entre pais e filhos na esperança de que uma melhor compreensão deste relacionamento pudesse resultar em aperfeiçoamento das rotinas de atenção perinatal e redução da incidência de desordens familiares tais como abuso infantil, negligência, falha de crescimento e abandono. Achados recentes de pesquisa fornecem fortes evidências para a necessidade de importantes mudanças nas práticas perinatais relacionadas ao processo de vínculo afetivo.

Definições

O termo *vínculo* refere-se à ligação emocional dos pais em relação ao filho, *apego* em geral é usado para a ligação da criança aos pais. Um vínculo pode ser definido como um relacionamento único entre duas pessoas que é específico e persiste ao longo do tempo. As ligações

* Professor de pediatria da Universidade Case Western Reserve, Cleveland, OH.

** Professor adjunto de pediatria da Universidade da Califórnia, São Francisco, CA.

Este trabalho foi apoiado em parte por fundos da Maternal and Child Health Bureau e NICHD Grant HD 16915.

dos pais ao bebê podem persistir durante longos períodos de separação e de distância, ainda que sinais evidentes de sua existência não estejam aparentes. *Abandono* neste artigo refere-se à renúncia daquele que cuida, geralmente a mãe, da responsabilidade e do cuidado da criança desde as primeiras horas após o nascimento, deixando o bebê no hospital e desaparecendo. Uma *doula* é uma mulher com experiência em nascimento e capaz de dar contínuo apoio físico e emocional à mãe durante e imediatamente após o parto.

Os pesquisadores têm indagado se um período de contato pais-bebê nos primeiros minutos, horas ou dias de vida pode alterar o comportamento posterior dos pais com aquela criança. Na esfera biológica, estes momentos são chamados de *períodos sensitivos*. Por exemplo, uma mãe recebeu medicação analgésica 1 hora antes do parto e adormeceu quando a criança nasceu. Quando ela acordou pensava que seu bebê era um menino, então ficou aborrecida quando a enfermeira lhe trouxe uma menina. Ela levou 12 dias para aceitar que tivera uma menina. Esta confusão possivelmente poderia ter sido evitada se ela não tivesse recebido medicação e seu bebê lhe fosse

entregue imediatamente. Numa recente consulta a seu pediatra, ela disse em tom de brincadeira, “Ainda me admiro que ela seja minha filha”.

Em biologia, um *período crítico* refere-se a um período circunscrito durante o qual um acontecimento embriológico (p.ex. o efeito da talidomida) ou um comportamento se desenvolve. Se este período passa sem que ocorra um certo evento, tal como o contato de uma fêmea com sua cria, o esperado vínculo pais-filhote não ocorrerá e em geral não pode ser recuperado posteriormente. (Esta não é uma terminologia apropriada para o vínculo pais-bebês humanos; a separação precoce não impossibilita a formação de um vínculo estreito e intenso).

Embora as primeiras horas possam ser vitais para a interação entre mãe e filho, não se deve esperar a produção de sentimento amoroso instantâneo dos pais pela criança. Quando MacFarlane perguntou a 97 mães “Quando você sentiu amor por seu bebê pela primeira vez?” 41% responderam que foi durante a gravidez e 24% disseram ter sido ao nascimento, mas 27% responderam que isto ocorreu durante a primeira semana e 8% após a primeira semana. Em uma pesquisa controlada e aleatória sobre o apoio de *doula* na África do Sul, as mulheres do grupo que recebeu apoio contínuo levaram 2.9 dias para sentir que o bebê era delas comparado com 9.8 dias para as mães que não receberam este apoio no trabalho de parto. O sentimento de amor das mães por seu bebê não é instantâneo, mas a primeira hora parece ser um período especialmente valioso no processo da criação do vínculo.

O apego ou vínculo dos pais com o bebê começa durante a gravidez e aumenta um pouco após o nascimento. O vínculo daqueles que cuidam, geralmente mãe e pai, com a criança é crucial para sua sobrevivência e desenvolvimento. O poder deste apego é tão grande que obriga mãe e pai a fazerem todos os sacrifícios necessários para cuidar de seu bebê – atender ao choro, protegê-lo do perigo e alimentá-lo no meio da noite, apesar de sua própria necessidade desesperada de dormir.

Medindo o vínculo

Uma compreensão do vínculo, assim como a pesquisa sobre este tópico, tem sido dificultada pela falta de qualquer medida simples de sua intensidade. A presença do vínculo da mãe para o filho tem sido avaliada por meio da medição de alguns aspectos do comportamento ou do cuidado materno.

O pediatra cauteloso terá em mente que o comportamento da mãe com seu bebê é influenciado por muitos fatores. Um exemplo de fator cultural é a preocupação de algumas mães do sudeste asiático de que o “mau olhado” prejudicará seus bebês se elas demonstrarem admiração e amor, então elas não os olham “na face” mantendo-os ao pé de suas camas envoltos em velhas roupas desganhadas. O poderoso efeito da própria experiência anterior da mãe é demonstrado por George Engel em seu estudo de longo prazo sobre Mônica,* que tinha atrofia de esôfago e necessitou de gastrostomia para se alimentar durante seu primeiro ano de vida. Ela alimentava suas bonecas e mais tarde seus quatro filhos do mesmo modo que havia sido alimentada, deitando-os horizontalmente ao seu lado (Fig. 1).

As práticas culturais do meio em que vive, seu relacionamento com o parceiro, o quanto de apoio este lhe proporciona e seu estado emocional (p. ex. auto-estima positiva ou depressão) podem influenciar o comportamento da mãe com sua nova criança. Como exemplo, mães que tiveram apoio constante de uma *doula* durante o trabalho de parto e o parto mostraram uma interação mais afetiva com seus bebês após deixarem a sala de parto do

que aquelas que não receberam este apoio. Elas foram menos propensas a deixar seus bebês sozinhos e relataram segurá-los com mais frequência quando choravam. Maior porcentagem de mães que receberam apoio não só considerava seu bebê bonito, esperto, saudável e fácil de lidar como acreditava que ele chorava menos do que outros bebês. De fato, muitas das mães que receberam apoio acreditavam que seus bebês eram “melhores” quando comparados a um bebê padrão. Ao contrário, mães que não receberam apoio percebiam seus bebês como “quase tão bom quanto” ou “não tão bom como” o bebê padrão. Além disso, sete pesquisas randomizadas revelaram que mulheres que receberam apoio contínuo de uma *doula* durante o trabalho de parto apresentaram uma redução de 25% na duração deste trabalho, redução maior do que 50% de partos cesáreos e necessitaram menos ocitocina, medicação e partos vaginais cirúrgicos.

Embora seja útil examinar o comportamento de pais e mães com seus bebês, isto pode levar a equívocos. Em um estudo intrahospitalar realizado nos Estados Unidos, que testou critérios para mães com comportamento potencial para abuso, 30% das novas mães foram identificadas como tendo tal comportamento, mas o seguimento destas mulheres e seus recém-nascidos não revelou qualquer evidência de uma desordem dos pais. Ao ser observada, uma mãe usuária de drogas pode parecer ter grande amor por seu recém-nascido, mas no minuto seguinte pode deixá-lo sem cuidado sobre a mesa. Não se dispõe de nenhum teste simples e confiável para distinguir pais que cometerão abuso ou maus tratos.

Intervenções precoces e contato adicional mãe-bebê

Uma área especial de estudos sobre vínculo tem focalizado o aumento do tempo de mãe e bebê juntos mediante uma intervenção simples e de baixo custo nas primeiras horas e dias após o nascimento.

Um dos achados mais significativos neste período inicial relaciona-se à amamentação. Seis de nove estudos revelaram que quando se permite

contato precoce com o bebê e oportunidade para mamar na primeira hora de vida e depois permanência em alojamento conjunto, uma mulher que deseja amamentar é mais bem sucedida do que aquelas que não passam por esta experiência. Elas são bem sucedidas em iniciar a amamentação e conseguem amamentar por um período mais longo do que mães que não tem contato precoce e alojamento conjunto com seus bebês (Fig. 2)

Além disso, estudos de Brazelton e outros apontaram que se as enfermeiras gastam apenas 10 minutos ajudando as mães a descobrir algumas das habilidades de seus recém-nascidos, tais como virar-se para a voz da mãe, seguir sua face ou imitá-la e as ajudam com sugestões sobre como acalmar seus bebês, as mães passam a interagir de forma mais apropriada face a face com seus bebês e durante a amamentação aos 3-4 meses de idade.

O'Connor e colaboradores realizaram uma pesquisa randomizada com 277 mães em um hospital que tinha uma alta incidência de desajustes familiares. Um grupo de mães permaneceu com seus bebês por seis horas adicionais no primeiro e segundo dias porém sem nenhum contato precoce. O grupo que recebeu o cuidado de rotina começou a ver seus bebês no mesmo período mas somente por vinte minutos nas mamadas a cada 4 horas, o que era costume por todos os Estados Unidos

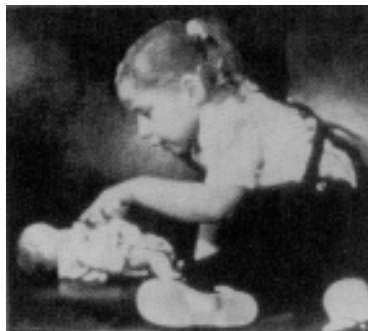


Figura 1. Mônica que nasceu com atresia congênita de esôfago foi alimentada via fístula gástrica em horários fixos, na posição horizontal, e nunca foi mantida nos braços pela pessoa que cuidava (acima). A reparação cirúrgica da atresia ocorreu aos dois anos. Mais tarde, Mônica alimentava sua boneca horizontalmente (abaixo à esquerda) e não a pegava nos braços. Ela fez o mesmo com sua primeira filha (abaixo à direita) e outras três subsequentes. Reproduzido com permissão de George Engel.

* Há mais de 40 anos, um grupo de pesquisadores do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Rochester começou o mais longo estudo contínuo do desenvolvimento de um indivíduo documentado em filme e fita de vídeo. O estudo de Mônica, uma criança que nasceu com atresia de esôfago e foi alimentada através de uma fístula gástrica até os dois anos de idade, é um clássico da literatura médica. Em 3 horas de cenas constrangedoras e, às vezes, encantadoras, George L. Engel narra o evoluir deste estudo único, o qual inclui Mônica e seus avós, pais, irmãos e crianças. As 3 fitas que resumem os trinta anos da vida de Mônica estão disponíveis para venda a profissionais qualificados. Para mais informação contatar: George L. Engel, MD, University of Rochester School of Medicine, 300 Crittenden Blvd, Rochester, NY, 14642, Estados Unidos, Fone 716-275-3585.

naquela época. Em estudos de seguimento, 10 crianças do grupo de cuidado de rotina experimentaram desajustes familiares, que incluíam maus tratos, falha de crescimento, abandono e negligência durante os primeiros 17 meses de vida contra dois casos no grupo que recebeu 12 horas adicionais de contato mãe-bebê. Estudo similar na Carolina do Norte com 202 mães durante o primeiro ano de vida não encontrou uma diferença estatística significativa na frequência de desajuste dos pais; 10 crianças do grupo controle apresentaram falha de crescimento, estavam desnutridas ou haviam sofrido maus tratos contra sete no grupo que havia tido contato prolongado. Quando se combinam os resultados destes dois estudos em uma metanálise, estes parecem indicar que medidas simples tais como aumentar o tempo de contato precoce entre mãe e bebê e a permanência em alojamento conjunto podem levar a uma significativa redução no mau trato à criança. Contudo, é necessário estudo mais amplo para confirmar e validar estes estudos relativamente pequenos.

A publicação destes estudos estimulou um animado debate no início da década de 80 sobre o significado dos achados. Michael Lamb, o principal crítico, publicou algumas objeções similares quase simultaneamente no *Pediatrics* e no *The Journal of Pediatrics*. Ele expressou preocupação sobre a dificuldade de replicar os achados bem como problemas metodológicos e sugeriu que “embora o contato precoce possa ter modestos mas benéficos efeitos a curto prazo em algumas circunstâncias, não se demonstrou nenhum efeito positivo de longo prazo”. As múltiplas imprecisões de sua revisão resultaram em confusão e mal entendido entre aqueles que não estavam familiarizados com este campo de estudos e também em inabilidade para compatibilizar as diferenças encontradas ao avaliar e interpretar cada estudo. Diane Eyer, autora de *Vínculo Mãe-Bebê - Uma Ficção científica*, e Lamb foram particularmente críticos da prática de aceitar estudos sobre vínculo familiar em seres humanos a partir de observações em fêmeas de outros animais. Como mencionado anteriormente, estas não se destinavam a explicar o comportamento humano mas a proporcionar uma visão dos seres humanos dentro do contexto de desenvolvimento evolutivo. A abordagem foi usada de maneira cautelosa, citando Schneirla: “Embora... a analogia tenha um papel importante na teoria científica, sua utilidade deve ser considerada introdutória a um estudo comparativo no

qual se possam descobrir diferenças que requeiram uma reinterpretação das semelhanças anteriormente observadas.” Para outra discussão desta controvérsia, ver as duas revisões de Lamb e duas pequenas refutações de Anisfeld e associados e Klaus e Kennell (ver Sugestões de leitura).

Pesquisas recentes

Nos 14 anos desde a conclusão desta manifesta controvérsia, vários estudos sobre fisiologia e comportamento de mães e bebês trouxeram informações novas e críticas. Tanto a mãe como o bebê trazem uma riqueza de recursos internos para seus primeiros momentos de relação.

PRIMEIRA MAMADA

Talvez o exemplo mais revelador seja a habilidade do recém-nascido, quando deixado tranqüilamente sobre o abdomen da mãe após o nascimento, de se arrastar gradualmente em direção ao tórax materno, encontrar o mamilo e iniciar a mamada (Fig.3). Na mãe que não recebeu qualquer medicação analgésica durante o trabalho de parto e o parto, se o bebê bem seco for posto em seu abdomen e mantido aquecido com o calor do próprio corpo da mãe e da manta, não sendo retirado durante os próximos 60 minutos, o bebê inicia uma seqüência de cinco etapas que culmina com uma pega adequada da mama. Nos primeiros 20 minutos o recém-nascido repousa e olha periodicamente para a mãe. Em 30 a 45 minutos iniciam-se movimentos da boca com a língua passando pelos lábios e o bebê começa a salivar. O bebê começa então a mover-se vagarosamente para frente, a virar a cabeça de um lado para outro e abre amplamente a boca sobre o mamilo que está próximo. Após diversas tentativas, os lábios envolvem a aréola, não o mamilo. O odor do mamilo parece guiar o recém-nascido ao peito. Quando a mama direita é lavada, o bebê dirige-se à mama esquerda.

Em um grupo de mães que não recebeu nenhuma medicação analgésica, cujos bebês não foram separados durante as primeiras horas de vida para banho, nem houve a administração de vitamina K ou de medicamento nos olhos, observaram-se 15/16 bebês fazer este

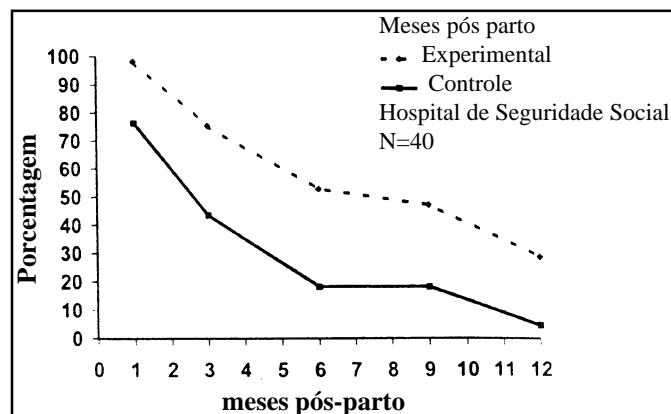


Figura 2. Mães que tiveram 45 minutos de contato pele-a-pele com seus bebês, oportunidade de amamentar com privacidade após deixar a sala de parto e alojamento conjunto (experimental) apresentaram maior duração do aleitamento do que as controles. Reproduzido com permissão de Ciba Foundation Symposium #45: Breastfeeding in the Mother, 1976.

percurso e iniciar efetivamente a sucção. Estas e outras observações nos levam a questionar nossa atual rotina de colocar bebês no peito imediatamente após o nascimento. Este processo recentemente descoberto sugere que o recém-nascido, após se recuperar do estresse do nascimento, começa a sugar e está pronto a se alimentar em período mais apropriado.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO CONTATO PRECOCE MÃE-BEBÊ

Pesquisadores suecos mostraram que o bebê normal, seco, sem roupa, posto sobre o tórax materno e coberto com uma manta, mantém a temperatura corporal tão bem quanto os sofisticados equipamentos de alta tecnologia usados em bebês separados das mães. Os mesmos pesquisadores descobriram que bebês em contato pele-a-pele com suas mães nos primeiros 90 minutos após o nascimento choram forte quando comparados com bebês secos, enrolados em toalha e colocados em berço de vime (Fig.4). Parece provável que cada uma destas características – habilidade do bebê de engatinhar, diminuição do choro quando próximo à mãe e capacidade do peito materno de aquecer – são adaptativas e evoluíram geneticamente há mais de 400.000 anos atrás para ajudar a preservar a vida do bebê.

Quando o bebê suga o peito, há uma efusão de 19 diferentes hormônios gastrointestinais tanto na mãe quanto no bebê, incluindo colecistoquinina e gastrina que estimulam o crescimento das vilosidades intestinais de ambos e aumentam a superfície e a absorção de calorias a cada mamada. Os estímulos para esta liberação são o toque dos mamilos da mãe e do interior da boca do bebê (Fig.5). Estas respostas foram essenciais para a sobrevivência há

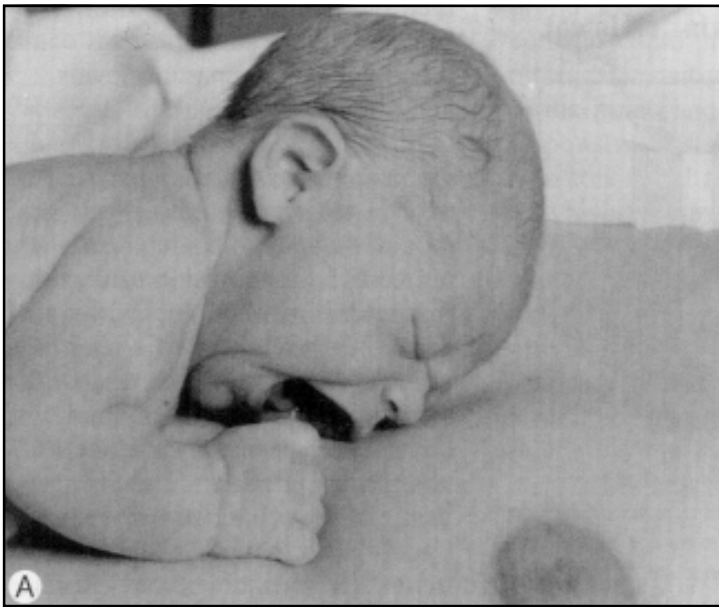
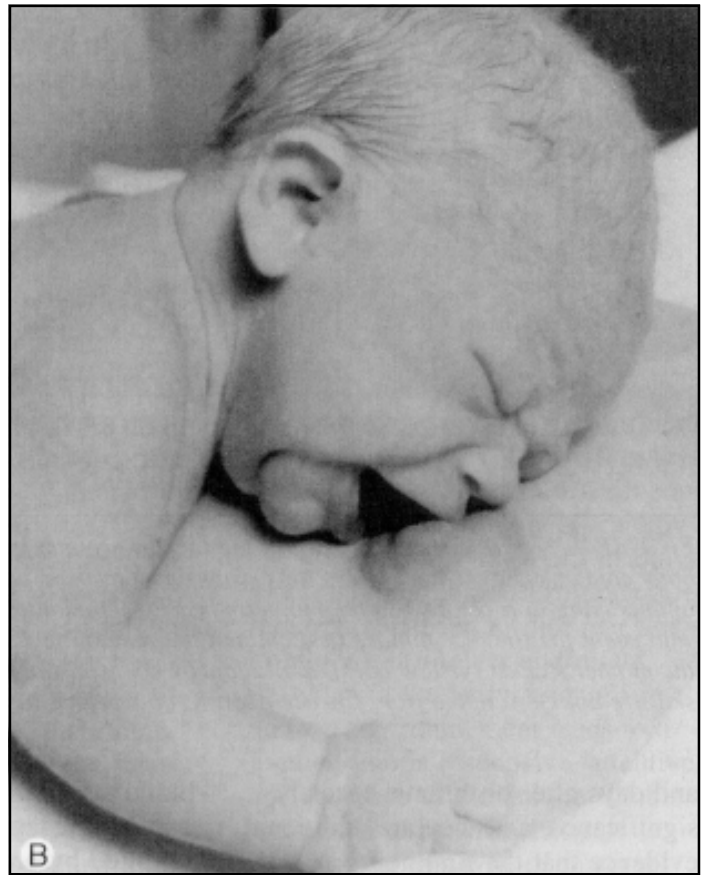


Figura 3. Com menos de 1 hora de vida, este menino se arrasta sobre o corpo da mãe (A) e se prepara para abocanhar a mama (B, C) sem ajuda. Reproduzido com permissão de Lennart Righard.



milhares de anos atrás quando os períodos de fome eram mais comuns antes do desenvolvimento da moderna agricultura e da estocagem de grãos.

Estes novos achados de pesquisa explicam alguns dos processos fisiológicos subjacentes e proporcionam apoio adicional para a importância de dois dos Dez Passos para atenção ao recém-nascido que o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) vem promovendo como parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para incrementar a amamentação: 1. Contato precoce mãe-bebê, com oportunidade do bebê mamar na primeira hora (Passo 4) e 2. Alojamento conjunto mãe-bebê durante a permanência no hospital (Passo 7).

CONTATO PRECOCE E ABANDONO

Após a introdução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em maternidades de países de todo o mundo, ocorreu uma inesperada observação. Na Tailândia, em um hospital onde um inquietante número de bebês era abandonado por suas mães, o uso de alojamento conjunto e de contato e amamentação precoces reduziu significativamente a frequência de abandono de 33/10.000 para 1/10.000 nascidos ao ano. Observações semelhantes foram feitas na Rússia, Filipinas e Costa Rica quando se estabeleceram contato precoce e alojamento conjunto.

Estes relatos também sugerem

que eventos que ocorrem nas primeiras horas e dias após o nascimento têm significado especial e são evidências adicionais de que as primeiras horas e dias de vida são um período sensível para a mãe. Isto pode ser devido em parte ao especial interesse que as mães têm imediatamente após o parto de que seus bebês olhem para elas e do comportamento interativo do bebê na primeira hora de vida durante o prolongado estado de tranqüila vigília. Assim, existe uma bonita troca de olhares neste breve tempo de procura do bebê pela mãe e sua habilidade para interagir olho-no-olho.

Uma possível chave para entender o que acontece do ponto de vista fisiológico nos primeiros minutos e horas vem de pesquisadores que notaram que se os lábios do bebê tocam o mamilo da mãe na primeira hora de vida, esta mãe decidirá manter seu bebê por mais 100 minutos em seu quarto todos os dias durante sua permanência no hospital, comparando-se com outra mãe que teve contato com o bebê só mais tarde.

LIBERAÇÃO DE OCITOCINA

Em ovelhas, a dilatação do canal cervical durante o parto libera ocitocina intracerebral que, agindo sobre os sítios receptores, parece ser importante para o comportamento materno e para a facilitação do vínculo mãe-filhote. Em seres humanos, existe uma barreira no sangue cerebral para a ocitocina e apenas uma pequena quantidade alcança o cérebro via corrente sanguínea. Entretanto, múltiplos receptores cerebrais de ocitocina são supridos pela produção do cérebro. Níveis aumentados de ocitocina no cérebro resultam em leve sonolência, euforia, limiar à dor

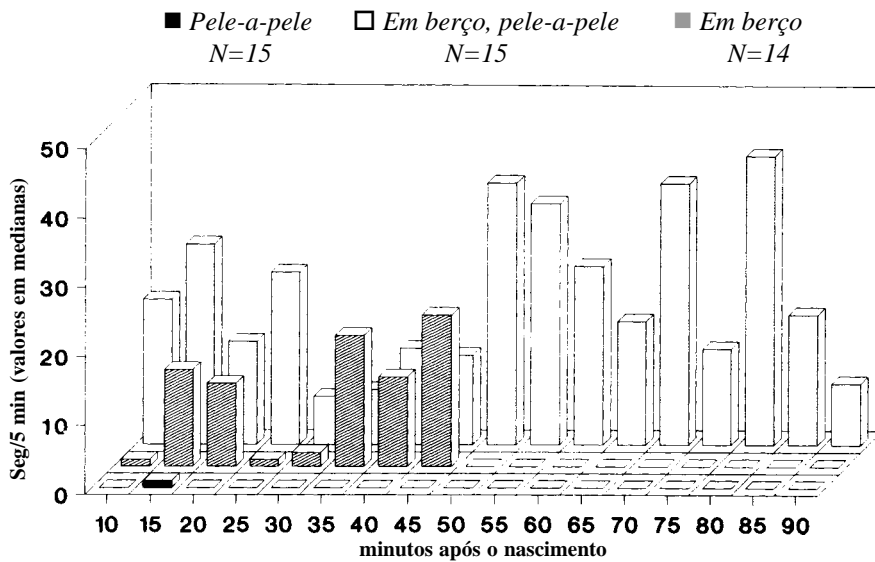


Figura 4. O clamor de angústia da separação do recém-nascido humano na ausência de contato com o corpo da mãe. Valores médios do tempo de choro (segundos por período de 5 minutos) de bebês deixados em berço próximo ao leito da mãe por 90 minutos (barras escuras), bebês que ficaram os primeiros 45 minutos em berço e os 45 minutos restantes pele-a-pele sobre o tórax da mãe (barras claras) e bebês que permaneceram os 90 minutos em contato pele-a-pele (barra achuriada). Adaptado de Christensson K et al. Acta Paediatr. 1992; 81: 488-493.

aumentado e sentimento de mais amor pelo bebê. Parece que durante a amamentação níveis aumentados de ocitocina no sangue estão associados a maiores níveis cerebrais; mulheres que exibem uma alta concentração de ocitocina no plasma são mais sonolentas.

As medidas dos níveis de ocitocina plasmática em 18 mulheres saudáveis que tiveram seus bebês em contato pele-a-pele no tórax imediatamente após o parto mostraram elevações significativas comparadas com os níveis pré-parto e apresentaram um retorno aos níveis pré-parto aos 60 minutos. Para a maioria das mulheres registrou-se um pico de concentração significativo e espontâneo cerca de 15 minutos após o parto, com a expulsão da placenta. Muitas mães tiveram vários picos ascendentes de ocitocina até 1 hora após o parto. A liberação intensa de ocitocina após o parto e durante a amamentação não somente pode ajudar a contrair a musculatura uterina prevenindo o sangramento, como também aumentar o vínculo da mãe com seu bebê. Estes achados podem explicar uma observação feita na França no século 19 quando muitas mães doavam seus bebês. Mães pobres que amamentavam por pelo menos 8 dias raramente abandonavam seus bebês. Levantamos a hipótese de que uma cascata de interações entre a mãe e o bebê ocorre durante este período inicial, mantendo-os unidos e aumentando o desenvolvimento do apego. A notável mudança no comportamento materno apenas com o toque dos lábios do bebê

sobre o mamilo; a redução do abandono mediante o contato precoce, a sucção, o alojamento conjunto e níveis aumentados de ocitocina materna logo após o parto em conjunção com os conhecidos mecanismos sensorial, fisiológico, imunológico e comportamental contribuem para a criação do vínculo entre os pais e o bebê.

PROMOÇÃO DO CONTATO PRECOCE E PROLONGADO

Embora continue o debate sobre a interpretação e importância de muitos estudos sobre efeitos do contato precoce e prolongado para o vínculo de pais e mães com seus bebês, todos concordam que se

deve oferecer aos pais tal período de contato. Thompon e Westrich em sua extensa e recente revisão crítica sobre cuidado obstétrico e neonatal chegaram às seguintes conclusões quanto a um período sensitivo:

“Não conseguimos encontrar qualquer evidência que mostre que restringir a interação precoce pós-natal entre mãe e bebê, prática comum para as mulheres que dão à luz em hospitais, tenha algum efeito benéfico. Pelo contrário, as evidências disponíveis sugerem que todos os efeitos destas políticas restritivas são indesejáveis. Os dados sugerem a hipótese plausível de que mulheres de baixo nível sócio-econômico podem ser particularmente vulneráveis aos efeitos adversos da restrição do contato.”

“Pode-se achar surpreendente que a interrupção da interação mãe-bebê no período pós-natal imediato possa levar algumas mulheres ao insucesso no seu intento de amamentar e ao subsequente comportamento alterado com relação à criança. De fato, pediatras, psicólogos e outros têm debatido esta questão. Este ceticismo, contudo, não serve de base para concordar com rotinas hospitalares que levem à separação indesejada entre mães e bebês. À luz das evidências de que tais políticas podem realmente ser prejudiciais, elas devem ser mudadas imediatamente.”

Outra intervenção que parece promissora foi relatada por Anisfeld, que observou uma baixa incidência de comportamento de apego seguro com 1 ano de idade em uma população urbana pobre e estressada, onde muitas mães colocavam suas crianças pequenas em assentos plásticos duros. Em sociedades

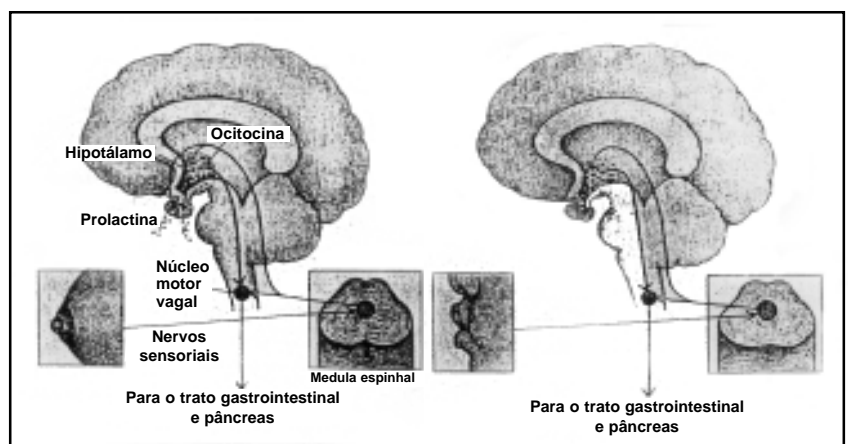


Figura 5. As vias para trocas metabólicas na mãe e no bebê ativadas pelo sucção da mama. A sucção estimula o nervo vago na mãe (esquerda) via receptores sensoriais do mamilo e no bebê (direita) via receptores da boca. Os estímulos vagais alteram os níveis de hormônios intestinais na mãe e na criança coordenando seu metabolismo. A sucção também aumenta os níveis maternos de prolactina e ocitocina promovendo a produção e o fluxo do leite. Reproduzido com permissão de Uvnas-Moberg K. Scientific American. 1989; 78-83

não industrializadas, onde muitos bebês são carregados junto ao corpo da mãe durante o dia e dormem com ela à noite, as crianças choram menos. Com base na idéia de que quanto mais contato físico maior a sensibilidade materna aos sinais da criança e, conseqüentemente, aumento da sua resposta a ela, Anisfeld e colaboradores realizaram um estudo aleatório no qual um grupo de bebês foi mantido junto ao corpo da mãe em carregador de bebês macio e outro grupo foi colocado em cadeira de bebê dura e que proporcionava menos contato. Quando as crianças foram avaliadas no domicílio aos 3 meses por observadores neutros, as mães que usaram os carregadores macios interagem e respondiam mais adequadamente a seus bebês. Quando todas as crianças atingiram 13 meses de idade, aplicou-se o teste Ainsworth Strange Situation (teste de Situação Estranha), 83% dos bebês levados no carregador macio estavam apegados de maneira segura comparados a 39% do grupo que usou assento rígido.

Os efeitos significativos das primeiras horas e dias são explicados em parte pelas observações feitas por Winnicott, que descreveu um especial estado mental da mãe no período perinatal envolvendo uma sensibilidade muito aumentada e com foco sobre as necessidades de seu bebê. Ele mostrou que este estado de “preocupação maternal primária” inicia-se próximo ao final da gravidez e continua por umas poucas semanas após o nascimento do bebê. A mãe necessita de apoio afetivo e ambiente protetor para desenvolver e manter este estado. Esta preocupação especial e a atitude de abertura da mãe para com seu bebê são fatores chaves no processo de criação do vínculo. Winnicott escreveu que “somente quando uma mãe está sensibilizada da maneira como estou descrevendo, ela pode sentir-se na posição do bebê (colocar-se no lugar dele) e assim responder às suas necessidades.” No estado de “preocupação maternal primária” a mãe está melhor preparada para sentir e fornecer o que seu recém-nascido sinaliza, sendo esta sua função primária. Se ela sentir as necessidades e responder a elas de um modo sensível e oportuno, mãe e bebê estabelecerão um padrão de interações sincronizadas e mutuamente compensadoras. É nossa hipótese que na medida em que o par mãe-bebê continue este padrão de dança dia após dia, o bebê tenderá a desenvolver um apego seguro, com habilidades reforçadas por outras pessoas conhecidas que venham a cuidar dele e o desejo de explorar e dominar o ambiente quando

estas pessoas estão presentes. Em certo sentido, a criança torna-se um otimista ao invés de um pessimista. As características de um apego seguro, se presentes com 1 ano de idade, geralmente persistem ao longo da infância e da vida adulta.

Embora muitas mudanças tenham ocorrido no ambiente de cuidados perinatais nos últimos 10 anos, é evidente a necessidade de mudanças que incluam a instituição do contato pele-a-pele precoce e cuidado materno prolongado em alojamento conjunto para todas as mães saudáveis. Além disso, outras pesquisas mais detalhadas são necessárias para descobrir como se desenvolve a sincronia entre mãe e bebê nos primeiros dias de vida e se a harmonização precoce leva a mãe a ser mais responsiva, atenciosa e sensível aos sinais e necessidades de seu próprio bebê. Parece que este tipo de comportamento materno durante o primeiro ano de vida levará com mais freqüência a termos uma criança apegada de forma segura e independente, com uma confiança bem fundamentada no mundo.

Pais

Nos hospitais dos Estados Unidos espera-se dos pais que estejam presentes durante o trabalho de parto e ao nascimento e uma pesquisa Gallup mostra que 80% das mães têm o companheiro presente. Nas pesquisas, as mães expressam uma crença de que é extremamente importante para o pai estar presente durante o trabalho de parto e o nascimento e os pais expressam o desejo de estarem presentes. Isto mostra que muitos pais estão disponíveis para o contato precoce com o bebê. Estudos apontam que o cuidado e a interação afetiva do pai com o bebê estão aumentados nos primeiros 3 meses se o pai tiver experiência com seu bebê despido, trocando fraldas e olhando “nos olhos” nas primeiras 3 horas de vida. Compartilhar da experiência íntima do nascimento do bebê e a posterior interação com ele propicia aos pais um maior sentimento de proximidade com suas esposas. Pais adolescentes freqüentemente são mal preparados para estabelecer a unidade familiar devido a suas poucas habilidades paternas, imaturidade, fraco envolvimento com a mãe e a criança e baixa renda. As pesquisas mostram que se os pais de recém-nascidos de mães adolescentes acompanham as visitas de pré-natal e participam durante o trabalho de parto e o nascimento há maior probabilidade de que façam consultas mensais ou mais freqüentes com o filho até por volta de 2

anos de vida.

Período pós-parto

Os Estados Unidos se sobressaem nesta falta de apoio dos serviços de saúde pública governamentais e da sociedade às mães e bebês durante o período pós parto. Em contraste, isto é uma prática em 183 de 186 culturas representativas não industriais, onde mãe e bebê ficam isolados, protegidos, alimentados e orientados durante pelo menos os primeiros 7 dias, 6 semanas em muitas culturas e de 6 meses a 1 ano em outras. Discussões com os pais antes do nascimento do bebê sobre a necessidade de apoio extra no pós-parto podem melhorar o vínculo da mãe com seu bebê pela redução da fadiga, da irritabilidade e da depressão pós-parto.

Recém-nascidos doentes e pré-termo

Os pais que têm bebês pré-termo ou doentes geralmente apresentam duas formas diferentes de enfrentar a situação e de adaptações pessoais à tensão. Alguns se entregam ao bebê e mantêm um intenso envolvimento. Outros escolhem um processo mais lento de relacionamento, confiando no cuidado proporcionado pelos especialistas e expressam medo, ansiedade e, algumas vezes, rejeição antes de aceitar o bebê sobrevivente. Os pais precisam reconciliar sua imagem mental idealizada do bebê esperado com o bebê real, muito pequeno, fraco e esquelético. É difícil para eles perceber que este bebê crescerá transformando-se em um jovem normal, robusto e vigoroso.

Als e colaboradores desenvolveram um instrumento sensível para avaliar as necessidades especiais de bebês pré-termo. Com esta informação, pode-se criar um plano individualizado de cuidados para cada bebê, levando em conta o que ele sente como uma experiência atribulada ou destruidora. Este processo de avaliação e desenvolvimento de um plano é repetido cerca de uma vez por semana. Cada necessidade do bebê por luz, som, posição de repouso e atenção especial pode ter um impacto significativo sobre sua recuperação e progresso. Em três pesquisas randomizadas em que usamos esta abordagem, os bebês necessitaram de menos tempo em aparelho de respiração artificial, menos oxigênio e tiveram alta para casa mais cedo. Em seguida à alta, seu desenvolvimento progrediu mais normalmente. Os pais se beneficiaram da experiência de colaborar com as observações e ajudar no desenvolvimento do plano de cuidados.

Estudos cuidadosamente realizados em países industrializados mostram que bebês estáveis pesando 1361g (3lb) podem ser mantidos de forma segura pele-a-pele com um adulto na unidade neonatal de cuidados intensivos. A temperatura corporal do bebê é eficientemente mantida pelo calor do corpo materno ou paterno quando o bebê usa apenas um gorro e está coberto por uma manta leve. Os níveis de PO₂ do bebê são mais altos quando ele fica pele-a-pele com os pais por períodos acima de 2 a 3 horas por dia. Após a experiência pele-a-pele as mães se sentem mais confiantes na enfermagem e aumenta sua retirada de leite em casa. Embora o contato pele-a-pele seja muito útil para as mães, os dados não são suficientes para recomendar o envio de bebês pré-termo muito pequenos para casa usando o método canguru.

Em vários países as mães de recém-nascidos pré-termo ficam em sala anexa à enfermaria de prematuros ou em alojamento conjunto. Este arranjo permite à mãe cuidar do bebê mais facilmente, ajuda a manter a produção de leite, reduz o tempo necessário de cuidado pela equipe de enfermagem e oferece à mãe a vantagem de conviver com um grupo de mães em circunstâncias similares e ter apoio mútuo. A maioria das experiências tem sido com mães vivendo próximo do bebê logo após o nascimento até a alta, mas também existem experiências com mães convivendo e cuidando de seus bebês apenas nos 3 dias anteriores à alta. Isto dá às mães crescente confiança e melhora suas habilidades de cuidar. Nestas situações, a mãe deve ser considerada a responsável pelos cuidados e a enfermeira deve atuar como uma consultora.

Lidando com a morte, natimortalidade e adoção

Ajudar as famílias após uma morte neonatal ou um natimorto apresenta desafios substanciais. Os médicos que podem expressar sua tristeza com relação à perda e ouvir as observações e reações da família desolada prestam benefícios que podem ser maiores do que outros cuidados que geralmente são oferecidos. Após a perda, pais, irmãos e outros membros da família estão em estado de intenso turbilhão emocional; seus mecanismos normais de enfrentar a situação são temporariamente ineficientes. Olhar, tocar e segurar o corpo do bebê alivia a aflição. Esta oportunidade não pode ser proporcionada após um nascido morto ou uma morte neonatal a não ser que o médico a

prepare. Alguns indivíduos enlutados podem tentar evitar a dor da morte não vendo ou segurando o bebê ou não falando sobre a perda. Este comportamento bloqueia ao invés de ajudar a resposta ao luto e os sentimentos associados com a perda trágica podem reaparecer de alguma forma após o nascimento de um bebê saudável. A informação do médico é útil, mas detalhes proporcionados nos estágios precoces do choque e torpor necessitarão ser repetidos mais tarde. Muitos pacientes experimentam graves reações, com distúrbios de seus pensamentos e dos padrões usuais de vida durante os primeiros 3 a 6 meses. Após o aniversário de primeiro ano, muitos pais ainda pensam no bebê perdido todos os dias, mas a preocupação já não é tão intensa.

Após uma morte perinatal são comuns a ansiedade e a angústia, sendo a responsabilidade dirigida à equipe ou outros membros da família. Além disso, um ou ambos os pais podem dirigir estes sentimentos contra si mesmos, manifestados como culpa. É freqüente os pais ficarem aflitos com experiências sensoriais estranhas, tais como ouvir o bebê morto chorando ou ver o bebê quando olham para uma parede branca. Muitos pais são surpreendidos por um turbilhão emocional associado a uma reação de pesar de longa duração. Dificuldades conjugais e sexuais são comuns. As mães comentam sobre perda de sua auto-estima e sensação de fracasso. Estas reações de desgosto após um natimorto mostram que a ligação dos pais à criança está presente antes do nascimento. Os pais que inicialmente não desejam ver ou segurar o bebê morto eventualmente podem concordar quando são informados de que esta experiência ajudará no luto da perda e que este contato com o bebê não será possível senão após 2 ou 3 dias ou após a cremação. Quase todos concordam quando se lhes dá um tempo, mantendo o corpo do bebê na unidade e repetindo a oferta 1 ou 2 horas mais tarde. Os pais devem ser incentivados a examinar, vestir e despir seu bebê como desejarem; mais tarde muitos serão extremamente gratos por esta experiência. Os pais também devem ser informados sobre os benefícios a longo prazo de tirar fotos, impressão do pé, mechas de cabelo, pulseiras do hospital e roupas de baixo como recordações palpáveis do bebê, mas eles nunca devem ser forçados ou coagidos para qualquer destas interações. A tarefa das pessoas que cuidam é determinar o estado mental e emocional dos pais e proceder de acordo com a direção

indicada por eles. Uma obrigação importante do pediatra é ajudar os pais a se comunicar com os outros filhos vivos e, em muitas situações, providenciar que uma pessoa não tão afetada pela perda ajude as crianças e responda às suas perguntas.

A mãe que dá seu bebê para adoção também terá reações de luto e precisa de atenção similar ouvindo seus comentários e observando suas reações.

Princípios do vínculo humano

Estudos e observações feitas nos últimos 30 anos levaram nosso grupo de pesquisa à formulação dos princípios que podem reger o vínculo dos pais com suas crianças. A extensão dos dados para cada princípio é variável, resultando de pesquisas e experiência clínica.

1. **Monotropia.** Termo de John Bowlby para o processo de vinculação que permite ao pai e à mãe tornarem-se apegados a somente uma criança de cada vez. Com gêmeos não é incomum que inicialmente o pai torne-se mais próximo de uma criança e a mãe da outra.
2. **Amor é um processo de duas vias.** Durante o desenvolvimento do apego da mãe pelo bebê, é necessário que ele responda a ela por meio de algum sinal, como movimentos do corpo ou olhar.
3. **Para os adultos, é difícil viver processos simultâneos de apego e desapego, isto é, apegar-se a uma pessoa quando está ameaçada de perder ou vive o luto desta ou de outra pessoa.** Quando um dos gêmeos morre, é difícil para os pais viver o luto de uma criança e ao mesmo tempo desenvolver sua ligação com o gêmeo sobrevivente.
4. **Tempo para privacidade.** Assim como os adultos necessitam de um período de privacidade para o amor, os pais necessitam tempo e privacidade para iniciar o processo de amor por seu novo bebê.
5. **Quanto mais apoio físico e emocional uma mãe recebe de seus parentes próximos e pessoas que cuidam durante a gravidez, trabalho de parto e período pós-parto, mais atenção e amor ela pode dar à sua criança.**
6. **A maior parte das sociedades proporciona forte apoio social para uma mulher durante a gravidez, trabalho de parto, parto e especialmente nas primeiras semanas ou meses subsequentes, momentos em que as mães são alimentadas, protegidas e isoladas de tal modo que podem iniciar a amamentação com**

sucesso e vir a conhecer seu bebê.

Recomendações

1. Durante o trabalho de parto e o parto, toda mulher deve ter a possibilidade de apoio físico e emocional contínuos de uma mulher experiente (p.ex. *doula*) além de seu companheiro, como recomendado pelo Grupo de Estudo Perinatal de Oxford, Inglaterra e pela Sociedade Canadense de Obstetrícia.
2. Sempre que possível, medicação analgésica e analgesia peridural devem ser evitadas para que não haja qualquer interferência na habilidade do bebê abocanhar a aréola e mamar com sucesso por sua própria conta.
3. Imediatamente após o nascimento e uma secagem rigorosa, o bebê que teve um bom índice de Apgar e parece normal deve ser entregue à mãe para contato pele-a-pele, recebendo calor por meio do corpo materno e uma manta leve. O bebê não deve ser removido para banho, impressão plantar, administração de vitamina K ou medicação ocular antes de decorrida a primeira hora. Deve-se deixar o bebê decidir quando iniciar a primeira mamada.
4. O berçário central deve ser fechado. Todos os bebês devem permanecer em alojamento conjunto com suas mães durante o curto período de hospitalização, a menos que isto seja impossibilitado por doença da mãe ou da criança. Uma pequena enfermaria deve estar disponível para as crianças e mães que estejam doentes.
5. Contato precoce e contínuo entre mãe e bebê parece diminuir o abandono e aumentar o sucesso e a duração da amamentação. Todas as mães devem

iniciar o aleitamento na primeira hora, amamentar com frequência e ser incentivada a amamentar pelo menos nas primeiras duas semanas de vida, mesmo que planejem voltar ao trabalho.

6. Após uma morte perinatal, um natimorto ou quando se doa o bebê, um componente muito importante da atenção é que aquele que cuida deve mostrar seus reais sentimentos e ter tempo para ouvir as perguntas e sentir as reações dos pais. Os pais devem ser incentivados a pegar seu bebê porque o contato físico facilita o luto. É aconselhável que o médico evite o uso de medicação; esta prática muito próximo à morte pode inibir os pais quase completamente de expressar seus mais profundos sentimentos.
7. Quando o bebê é pequeno e pré-termo ou tem uma malformação, os pais necessitam superar o processo de luto pela perda da criança perfeita que esperavam antes que possam aceitar e se apegar ao seu bebê.

SUGESTÕES DE LEITURA

- Als H, Lawhon G. Duffy FH. Et al. Individualized developmental care for the very low-birth weight preterm infant. JAMA. 1994;272:853.*
- Anisfeld E. Curry ma. Hales DJ, et al. Maternal-infant bonding a joint rebuttal. Pediatrics. 1983;72:569-571.*
- Bowlby J.. A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London England Routledge; 1988.*
- Brazelton TB. Cramer B. The Earliest Relationship: Parents, Infants and the Drama of Early Attachment. Reading.*

- Mass: Addison- Wesley/Lawrence: 1990.*
- Christensson K. Selis C. Moreno L. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy newborns'cared for skin-to-skin. Acta Paediatr 1992; 81: 448-493..*
- Eyer DE. Mother-Infant Bonding: A Scientific Fiction. New Haven. Conn. Yale Universty Press: 1992.*
- Karen R. Becoming Attached. New York. NY: Warner Books: 1994.*
- Klaus M. Kennell J. Parent infant bonding: setting the record straight. J Pediatrics. 1983; 102: 575-606.*
- Klaus MH. Kennel JH. Klaus PH. Bonding Building the Foundations of Secure Attachment and Independence. Reading. Mass: Addison-Wesley: 1995.*
- Klaus MH. Klaus PH. The Amazing Newborn. Reading. Mass: Addison-Wesley/Lawrence: 1985.*
- Lamb ME. Early contact and maternal-infant bonding one decade later. Pediatrics. 1982;70:763-767.*
- Lamb ME. The Bonding phenomenon: misinterpretation and their implications. J. Pediatr: 1982: 101:555.*
- O'Connor S. Vietze PM. Sherrod KB. Sundler HM. Altmeier WA. Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. Pediatrics. 1980;66:176-182.*
- Schneirla TC. Problems in the biopsychology of social organization. J. Abnorm. Soc. Psychol. 1946:41:385-401.*
- Stern DN. The Interpersonal World of the Infant. New York. NY: Basic Books: 1985.*
- Thompson M. Mestrich R. Restriction of mother-infant contact in the immediate postnatal period. In: Chalmers I. Enkin M. Kierse MJMC. eds Effective Care in Pregnancy. Oxford. England: Oxford University Press: 1989: 1322-1330.*
- Uvnäs-Moberg K. The gastrointestinal tract in growth and reproduction. Scientific American: 1989:78-83.*
- Winnicott DW. Babies and Their Mothers. Reading. Mass: Addison-Wesley: 1987.*

Tradução: Trajano Ribeiro Filho e Tereza Setsuko Toma
Revisão: Marina Ferreira Rea
Editoração: Nelson Francisco Brandão

Realização:



Apoio:

Unicef



Fundo das Nações Unidas para a Infância



WABA