

**REFLEXÃO FINAL**

**COIMBRA, 28 DE FEVEREIRO DE 2014**

*Jorge Manuel Amado Apóstolo*

## 0 - INTRODUÇÃO

A década de 90 - século XX - e o início do século XXI marcaram na saúde infantil, sobretudo nos países desenvolvidos, um tempo de mudança de paradigma. As alterações verificadas nas últimas décadas, nas circunstâncias, conceitos, e atitudes, justificam que se repense o tipo de assistência a prestar às crianças e jovens, obrigando a rever o conteúdo das ações e enquadramento das mesmas.

Podemos afirmar que a mudança está instalada e estamos a vivê-la. O passo que estamos dar na área do bem-estar da criança situa-se mais no social do que no biomédico, o modelo de disfunção do mecanismo está a ser substituído por uma visão global da criança inserida num ambiente particular, como afirmava Gomes Pedro já em 1999. Ainda de acordo com o autor, o apoio à família e a intervenção precoce deveriam fazer parte deste novo modelo. O tempo tem-lhe dado razão, hoje os processos de envolvimento parental e parceria de cuidados foram já tão longe que não poderão voltar atrás.

Sabemos que a saúde e desenvolvimento não dependem exclusivamente do património genético. A influência do ambiente – social, biofísico, psicológico e ecológico – ganha importância crescente. Para obter resultados em desenvolvimento, são importantes as intervenções dos profissionais (saúde, educação, justiça...), enquanto *core* do próprio sistema a que podemos designar como *educare*. A promoção da saúde e desenvolvimento de todas as crianças é um imperativo, sendo que intervenção precoce na família pressupõe ações preventivas de apoio à parentalidade, de modo que os pais possam sentir confiança e satisfação no seu papel.

A filosofia dos cuidados centrados na família reconhece a família como uma constante na vida da criança a partir da qual todos os sistemas de serviços e pessoal devem apoiar, respeitar encorajar, e potenciar a força e competência da mesma, respeitando a sua diversidade de estruturas e composições familiares, as metas, desejos, sonhos, estratégias e ações (Hockenberry et al., 2011).

Um profissional do bem-estar do bebê e da família pode, assim, ajudar cada um(a) a identificar o seu potencial de desenvolvimento e nível de participação, incluindo famílias com percursos mais problemáticos e mesmo multidesafiantes.

Um novo olhar sobre o bebê e família que assuma claramente estes novos desafios e coloque a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança como um eixo estratégico é fundamental.

O bem-estar da criança como representação simbólica e paradigmática de um novo tipo de intervenção em saúde que potencie a expressão dos sistemas interiores da pessoa, das suas relações e dos seus projectos emergirá assim com um dos mais importantes objectivos das ciências do bebê e da família.

Este novo modelo considera que a criança, em interacção com as suas circunstâncias, grupos que lhe estão próximos, a família, a escola, os grupos de amigos, etc., é o agente prioritário do seu próprio desenvolvimento.

Neste contexto, impõem-se-nos algumas questões de grande relevância:

- Quando começar a intervir?
- Como começar?
- Que modelo (s) utilizar?
- Que resultados queremos obter e como se poderão mensurar?

Estas questões atravessam a reflexão final, levando-nos a fazer duas opções de fundo:

A **primeira** tem a ver com o significado para o desenvolvimento das primeiras relações, dos vínculos e afetos. Assim, um dos núcleos da reflexão passa por perspetivar a avaliação neurocomportamental como elemento decisivo, como paradigma desta nova visão do que é o desenvolvimento. *A primeira infância é simultaneamente a fase mais crítica e mais vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança (...). Se não for nessa fase, é certo que uma criança em desenvolvimento pode ainda vir a adquiri-las, mas a um preço muito mais elevado e com hipóteses de sucesso que vão diminuindo à medida que decorre cada ano.* (Brazelton e Greenspan, 2002, p.12).

A **segunda** tem a ver com um fator crítico no processo de crescimento e desenvolvimento: a amamentação bem-sucedida. Esta reporta-se a uma duração de pelo menos seis meses, preconizado pela OMS e o objetivo do Plano Nacional de Saúde. No entanto, a amamentação bem-sucedida, remete-nos para outro tipo de questões como a motivação materna, a disponibilidade emocional, a afetuosidade, o reforço da vinculação, um *handling* e *holding* perfeitos. Neste sentido, amamentação bem-sucedida também é ou pode ser parte decisiva na viabilização de um processo de vinculação. Se assim não for, o bebê pode mamar e aumentar de peso, mas a ótica meramente instrumental/funcional não é suficiente para se qualificar este tipo de amamentação como uma experiência emocionalmente significativa. Daqui decorre a possibilidade de clarificar a ligação entre amamentação, avaliação neurocomportamental e partilha com a família, abrindo pontes entre uma e outra margem.

Este caminho escolhido parece-me lógico, pois, como professor e investigador em Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente, posso contribuir a nível curricular e de investigação para a melhoria de cuidados nesta área a serem desenvolvidos pelos enfermeiros nos centros de saúde e maternidades.

É fundamental reorganizar os currículos de molde a ponderar significativamente os contributos da evidência científica acerca do bebê da família, sendo que esta é uma hipótese relevante.

Esta opção resulta ainda diretamente do trabalho desenvolvido em vários Módulos do Curso e da Conferência Internacional "Valuing Baby and Family Passion - Towards a Science of Happiness". Sem dúvida que cruza, no mínimo, quatro módulos: *Módulo I - Modelo «Touchpoints»*. *Do Conceito à Clínica*. *Módulo III. A construção da família*. *Módulo IV - Vinculação - Da Neurociência à Educação e Módulo X – O Bebê e a sua Circunstância*. É no entanto difícil isolar estes módulos, e portanto há outros em que vários conceitos se intercetam diretamente assumindo-se como muito mais do que satélites.

Face ao contexto profissional em que movo, utilizo igualmente outras fontes além das fornecidas, valorizando particularmente autores de referência, verdadeiramente intemporais.

## **1. AVALIAÇÃO NEUROCOMPORTAMENTAL E VINCULAÇÃO**

Brazelton (2005) define a fase de recém-nascido como o segundo ponto de referência do Modelo *Touchpoints*, uma vez que é um período em que a família precisa de apoio e se encontra permeável à intervenção dos profissionais. Sendo assim, esta fase apresenta um enorme potencial para demonstrar aos pais as características, os comportamentos e as competências do bebê, valorizando-o como ser único e promovendo a vinculação. Frequentemente uma preocupação inicial excessiva com a sobrevivência do recém-nascido, pode subestimar aquelas características essenciais para o apreenderem e interagirem (Lipsitt, 2005).

De acordo com Gomes-Pedro (2005), atualmente assume-se que o recém-nascido é um ser social, com capacidade para responder adequadamente aos estímulos sensoriais e sociais, tornando-se progressivamente um parceiro competente, que interage com o meio. Deve ser reconhecido como ativo nas relações que estabelece com os outros seres humanos, possuindo mecanismos de ajustamento e aptidões para captar e integrar informação e realizar comportamentos. Tal como refere Sá (2003, p.17), "os bebês não esperam que nos

*adequemos, somente, ao ritmo da sua biologia, (...) esperam que a nossa autenticidade “case” com a sua, numa mesma empatia.”*

O contacto com os pais constitui assim a base de desenvolvimento do bebé, favorecendo a abertura a experiências que lhe permitirão aprender. Progressivamente, os pais procuram conhecer as suas respostas, identificar os seus sinais de bem-estar e desconforto, de forma a estabelecerem uma relação. Por sua vez, o bebé comunica através da linguagem corporal, de sinais de stresse/organização, aceitando estímulos durante um período limitado. Dessa forma, os pais vão conhecendo-o gradualmente, sendo que o seu comportamento influencia também as competências do recém-nascido. Esta transição para a parentalidade e a construção/reconstrução do sentido de família é, portanto, um processo em que cada elemento desempenha um papel único, numa descoberta mútua, sendo que *“a família é o ecossistema mais importante, em que a criança aprende e adquire identidade”* (Gomes-Pedro, 2005, p.35). De facto, as experiências de interação iniciais e o processo de construção da família influenciam o desenvolvimento e as experiências futuras da criança. O recém-nascido organiza respostas biocomportamentais, de forma a manter-se recetivo à interação com os pais, sendo que o bebé com experiências de empatia, respeito e amor sente-se digno de ser amado enquanto adulto. Por sua vez, o bebé que foi alvo de hiperestimulação ou de comportamento instável por parte dos pais, mais facilmente se considerará indigno de ser amado no seu futuro e poderá não vir a ser um bom educador (Brazelton, 1995).

As investigações mais recentes demonstram que os acontecimentos decorrentes no período neonatal influenciam, positiva ou negativamente, as relações entre os elementos da *nova* família, sendo por isso necessário que os profissionais desta área desenvolvam esforços para tornar estes acontecimentos numa experiência o mais possível positiva.

O conceito de vinculação formulado por Bowlby (1989), afirmava que o ser humano evoluiu no sentido de desenvolver comportamentos capazes de despertar os cuidados de um adulto, tais como o abraço, a sucção, o choro e o sorriso. Por norma, a figura de vinculação reconhece as expressões emocionais e comportamentais do bebé e assegura as suas necessidades básicas, que vão desde a alimentação à segurança e ao afeto. Assim, o comportamento de vinculação é designado como todo o comportamento do bebé que tem como consequência e como função criar e manter a proximidade ou contato com a mãe, ou figura de vinculação, sendo estes comportamentos considerados manifestações inatas, que se encontram presentes na altura do nascimento.

A partir das interações repetidas com a figura de vinculação, a criança vai desenvolvendo conhecimentos e expectativas sobre o modo como aquela responde aos seus pedidos de proximidade e proteção. Esta informação é progressivamente organizada em modelos internos dinâmicos, que são representações generalizadas do *self*, das figuras de vinculação e das relações (Soares, 2001).

Sá (2003) acrescenta que a vinculação nos seres humanos ocorre ao longo de todo o seu desenvolvimento, distinguido três etapas: vinculação pré-natal, vinculação perinatal (parto e pós-parto precoce) e vinculação pós-natal.

Como afirmei em módulo anterior, a própria análise à vinculação a partir de uma perspectiva biológica é muito interessante e representa um pilar teórico significativo. De facto é importante que para além de uma dimensão crítica de carácter psicológico e sociocultural, envolvendo comportamentos, sejamos capazes de compreender a raiz biológica da vinculação. Esta faz evidenciar uma estratégia de sucesso na preservação da espécie. Portanto, a vinculação, vista deste modo, é uma condição de vida e de desenvolvimento integral de cada ser humano. Temos, como profissionais e como cidadãos, de ajudar a criar condições para que cada criança possa expressar os fatores biológicos *predeterminados*, pois eles são também o garante da nossa extraordinária capacidade adaptativa.

Quem inicia o processo de vinculação? Sabemos pelas experiências com animais que há um conjunto de processos neurobiológicos envolvidos naquilo designamos como os comportamentos afiliativos. Neste sentido, particularmente a mãe toma a iniciativa, envolve-se profundamente em processos de cuidar que permitem ao recém-nascido uma boa adaptação à vida extra-uterina, ser alimentado, protegido, aquecido e amado.

Como refere Gomes-Pedro (1999) o vínculo mantém a energia e o balanço hídrico, mercê de uma disponibilidade alimentar total; estabiliza a temperatura corporal através do contacto físico estreito e mantido e reduz o risco infeccioso por um maior isolamento dos outros e também através da proteção imunológica do leite materno.

Há bases neuroquímicas para estes comportamentos (Stoesz, James & Snow, 2013), tornando-se claro que a oxitocina e outros neuropeptídeos, como a vasopressina, desempenham um papel decisivo no sistema nervoso central, e conseqüentemente em vários tipos de comportamento. Particularmente a oxitocina está envolvida em processos de memória e motivação social comportamentos de aproximação, discriminação de indivíduos. Parece claro

que esta hormona é sensível a alterações ambientais causadas nos primeiros dias de vida, podendo estar relacionada a distúrbios em condutas sociais, mais tarde.

Assim, toda esta lógica nos conduz a um ponto de partida já conhecido: o gene exprime-se em função do modo como o ambiente modela a força potencial da natureza, o seu envelope do biológico, (Gomes-Pedro, 2004) e a qualidade dos primeiros dias de vida de uma criança é de crucial importância para um desenvolvimento integrado e harmonioso do sistema nervoso central. Este encontra-se em formação num processo que durará anos mas eventos negativos ou positivos no ambiente do recém-nascido podem produzir alterações significativas na estrutura e funcionamento do mesmo. Esta afirmação não contradiz o conhecimento sobre a plasticidade neural da criança, que em interação com o ambiente pode mudar um rumo negativo.

A vinculação começa no período pré-natal, fase na qual os pais começam a desenvolver expectativas relativamente ao feto, interiorizando-o como elemento da família. Kennell e Klaus (2000) referem que o planeamento e a aceitação da gravidez, a consciencialização dos movimentos do feto e a percepção do feto como um indivíduo são aspetos importantes para a vinculação no período pré-natal.

Por sua vez, Condon (1993) citado por Silva (2012) identificou duas dimensões distintas da vinculação emocional pré-natal: a qualidade da experiência afectiva com o feto, isto é, as experiências de proximidade/distância, sentimentos positivos/negativos, possuir uma imagem mental clara/vaga do bebé, concepção do feto como uma pessoa/coisa e reconhecimento de que o feto depende da mãe para o seu bem-estar; e a quantidade ou intensidade da vinculação, o que inclui o desejo de ter conhecimento sobre o feto, o prazer na interação com o feto, o desejo de protegê-lo e ir ao encontro das suas necessidades.

A vinculação pré-natal está diretamente relacionada com a vivência da gravidez e da maternidade, aspetos que por si só também dependem da conjugação de diversos fatores, tais como a idade materna, a história pessoal da grávida, os antecedentes obstétricos e a existência de suporte social (Colman e Colman, 1994). Soares (2001), exemplifica que as grávidas com menor grau de escolaridade apresentam níveis de ligação materno-fetal mais baixos. A autora menciona ainda, que as dimensões relacionadas com a aceitação da gravidez, a vinculação ao feto e a identificação com o papel materno diferem entre as primíparas e as múltíparas, aspetos que também afetam a vinculação pré-natal. A vinculação materna também aumenta com o tempo gestacional, em particular depois das primeiras experiências de movimento fetal.

Mikulincer e Florian em 1999), citados por Silva (2012), tinham verificado que mulheres com padrão de vinculação segura estavam fortemente ligadas ao feto no início da gravidez, que mulheres com estilo de vinculação insegura mostraram fraca ligação com o feto no primeiro e no último trimestre e forte no segundo, e ainda que mulheres com estilo de vinculação ansiosa-ambivalente apresentaram um gradual desenvolvimento da vinculação durante a gravidez.

### **Vinculação perinatal**

A vinculação perinatal é influenciada pelo trabalho de parto, pelo nascimento e pelo confronto com o bebê real, que os pais podem ver, tocar, ouvir e cuidar. Quanto mais gratificante e menos traumático é o parto, mais facilita a ligação entre mãe e recém-nascido. Para além disso, cuidar do mesmo e aceitá-lo como uma pessoa individual na família, constituem factos importantes para a formação do vínculo no período peri-natal (Silva, 2012).

O estado emocional dos pais é fundamental para o estabelecimento da interação, para o desenvolvimento da vinculação e para as atitudes educativas em geral. Sendo assim, a perturbação emocional que os pais vivenciam está, de um modo geral, frequentemente relacionada com atitudes educacionais menos sensíveis e menos adequadas (Barros, 2001).

De acordo com Sá (2003), a vinculação pós-natal estabelece-se durante o puerpério e relaciona-se com a capacidade da mãe suprir as necessidades do seu filho e do feedback deste ser gratificante para ela. Os três primeiros meses pós-parto revelam-se cruciais para a formação e consolidação do vínculo entre a díade e para o desenvolvimento global da criança.

No período neonatal existem muitas particularidades ao nível do comportamento do recém-nascido pelo que se torna desafiante desenvolver estratégias para favorecer o relacionamento entre pais e bebê. É necessário que os profissionais ajudem os pais a compreender a linguagem do bebê, as suas formas de comunicação, tornando essa descoberta e partilha como uma prioridade da sua atuação. Barnard e Sumner (2005) são concordantes com esta ideia, ao referirem que os pais devem ser informados acerca dos padrões de sono e vigília do recém-nascido, das suas reações comportamentais e linguagem, de forma a maximizar a interação e ajudar os pais a interpretar os sinais dos filhos.

Revela-se, portanto, extremamente positivo intervir no período neonatal, no sentido de favorecer a adaptação mútua, o desenvolvimento do potencial e as motivações para a



interação. Promover a vinculação deve constituir uma prioridade, uma vez que influencia o desenvolvimento da família, o desenvolvimento emocional da criança, o seu comportamento social, bem como o seu futuro desempenho enquanto pai e educador. Com este tipo de intervenção precoce, os profissionais apoiam a construção do sentido de família, processo complexo onde cada um possui um papel único e interdependente.

Neste contexto, a avaliação neurocomportamental, utilizando a CLNBAS/NBO, pode constituir um instrumento útil, uma vez que contribui para que os pais percecionem o bebê como pessoa única, com uma identidade, com competências e capacidades que é necessário estimular de acordo com o seu ritmo e temperamento, de forma a favorecer a sua aprendizagem acerca do mundo que o rodeia (Brazelton, 2005).

Tendo em conta as considerações anteriores relativas às particularidades do período neonatal e ao papel dos profissionais como promotores do conhecimento do bebê da vinculação, importa esclarecer a forma como a avaliação neurocomportamental e partilha com a família pode ser aplicada a favor das boas práticas.

Gomes-Pedro (2003) esclarece que a CLNBAS permite avaliar quatro sistemas de organização sináptica do recém-nascido: o autonómico, o motor, o de organização de estádios e o da resposta social e interativa.

O sistema autonómico é avaliado através das modificações de coloração cutânea ao longo da observação, dos tremores, dos sustos e do nível de atividade. Por sua vez, no sistema motor são avaliados os reflexos, o tónus e a atividade motora global. Relativamente ao sistema de organização de estádios, é avaliada a habituação, a autoconsolação, o choro e a regulação de estádios ao longo da observação. Por último, no sistema de resposta social e interativa, é avaliada a resposta do recém-nascido a sons, objetos, voz e face.

A sequência da aplicação da CLNBAS é flexível, não havendo uma ordem rígida para a avaliação dos itens. Sendo assim, sugere-se o seguinte modo de procedimento:

- Propor aos pais a aplicação da CLNBAS ao bebê, descrevendo-a como uma forma de descobrir as capacidades e competências do seu filho.
- Obter o seu consentimento.
- Avaliar o estádio em que o bebê se encontra, a fim de iniciar a aplicação da CLNBAS conforme seja mais adequado.
- Se o bebê se encontrar em sono profundo, escurecer o ambiente.

- Avaliar a habituação do recém-nascido à luz e ao som: realizar focos de uma lanterna com intervalos de 5 segundos, e depois sacudir roca com intervalos de 5 segundos. Observar quando é que o bebé apresentou habituação aos estímulos provocados.
- Despir o bebé para a avaliação motora.
- Avaliar o tónus dos membros superiores e inferiores: provocar a extensão dos membros superiores e inferiores do bebé e observar a posterior flexão dos membros quando a extensão é suspensa.
- Avaliar os reflexos: pontos cardeais, sucção, preensão palmar, puxar e sentar, reflexo de marcha e rastejar.
- Avaliar a resposta social quando o bebé estiver em estágio de alerta: observar se segue a face e a voz, e depois observar se segue a roca e a bola vermelha.
- Avaliar a organização dos estádios e a regulação autonómica durante toda a avaliação: observar a presença de tremores, a coloração da pele, o nível de actividade, o autoconsolo quando induzido stresse, o choro, os resmungos e a transição de estádios.

Durante a aplicação da CLNBAS é fundamental partilhar com os pais as competências que o bebé evidencia, o que é explorado seguidamente.

## 1.2. A PARTILHA ENTRE O PROFISSIONAL E OS PAIS

A aplicação da CLNBAS não se resume à administração dos itens que constituem a escala e à observação do comportamento. Mais do que um instrumento de avaliação, a CLNBAS constitui um veículo facilitador para demonstrar aos pais as competências do recém-nascido e partilhar aspetos pertinentes para o desenvolvimento do seu bebé. De facto, a CLNBAS é uma interpretação, que tem que ser partilhada com os pais, de forma a espelhar as competências e a enfatizar que o recém-nascido não é uma tábua rasa, mas sim um ser único, que comunica e que tem um enorme potencial de desenvolvimento.

O objetivo da partilha da avaliação com os pais é que estes sejam capazes de identificar e compreender o comportamento do seu filho e as suas respostas, o que lhes permite adaptarem-se ao seu estilo e às suas necessidades, em vez de tentar compará-lo a outros bebés, o que diminui a sua ansiedade.

A CLNBAS permite também a construção de uma aliança entre profissional e família e promove compromissos futuros acerca do desenvolvimento do bebê.

Na partilha com os pais, a informação deve ser fornecida de forma clara e adequada ao seu conhecimento prévio. Para que a experiência seja enriquecedora e permita uma melhor compreensão das competências bebê, podem ser realizadas as seguintes abordagens ao longo da aplicação da escala:

- Questionar os pais acerca do comportamento, de forma a recolher a sua impressão e usar o conhecimento dos pais como base para o fornecimento de outras informações.
- Explicar aos pais que o bebê possui um conjunto de reflexos que lhe permite sobreviver.
- Informar os pais que os recém-nascidos possuem competências que lhes permitem interagir com o meio, nomeadamente, a visão, a audição, o olfato, o gosto, o tato, a atividade motora e a expressão facial.
- Informar os pais que o bebê extremamente sensível ao tato, especialmente na face, boca, nas mãos e região plantar.
- Explicar aos pais que os bebês quando tocados frequentemente e que andam ao colo interagem mais, têm o desenvolvimento favorecido e tornam-se crianças e adultos mais confiantes.
- Informar os pais que os bebês têm preferência pela face e voz humanas, nomeadamente pela face e voz maternas.
- Informar os pais que a habituação é fundamental para que recém-nascido se adapte ao meio externo, sendo positivo desligar-se facilmente dos ruídos e da luz quando está a dormir.
- Informar os pais que o bebê deve ter oportunidade para gerir o stress e de se auto-consolar, devendo ser confortado quando não é capaz de se auto-organizar.
- Explicar aos pais que o período neonatal é uma fase de intenso desenvolvimento cerebral, favorecido pela estimulação nos momentos em que o bebê está disponível.
- Incentivar os pais a realizar exercícios relativos à resposta social quando o bebê está acordado e reativo.

## **2. A AMAMENTAÇÃO E VINCULAÇÃO**

Sabemos que o aleitamento materno exclusivo é considerado o *golden standard* na alimentação do bebê nos primeiros meses.

“A proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno são uma prioridade. As baixas taxas de aleitamento materno ou a sua cessação precoce têm importantes implicações desfavoráveis para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente; além disso, resultam num aumento das despesas para o Serviço Nacional de Saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde (George, 2010, p.1).”

Perante as evidências bem documentadas das suas vantagens nutricionais e neurodesenvolvimentais, a nutrição infantil devia ser considerada um problema de saúde pública e não apenas um estilo de vida (Eidelman & Schanler, 2012).

Em 2012, a Comissão de Nutrição Infantil da Sociedade Portuguesa de Pediatria, (Guerra et al.), elaborou um documento síntese acerca das evidências disponíveis sobre o aleitamento materno exclusivo concluindo que os estudos suportam um sem número de vantagens como: associação do aleitamento materno e menor risco de infecções respiratórias *baixas* severas, otites, gastroenterites agudas, dermatite atópica, asma, obesidade, diabetes tipos 1 e 2, leucemia, síndrome de morte súbita do lactente e enterocolite necrosante. Considera-se então que o incentivo ao aleitamento materno é importante, no entanto, o apoio emocional e técnico, que deve ser oferecido nas consultas pré e pós-parto, é fundamental. Muitas mães que desistem de amamentar até queriam e podiam amamentar, mas são consumidas pela frustração de não o conseguirem. Esta situação pode levar a sentimentos de culpa por parte dessas mães, impotentes para ultrapassar os obstáculos (Lana & Lamounier, 2009).

O aconselhamento tem como objetivo saber compreender profundamente os problemas que preocupam a mãe de forma a diagnosticar corretamente ajudando-a a resolvê-los. Só um profissional sensibilizado, com acesso a informação dedicará todo o seu tempo à causa do aleitamento materno, melhorando a sua motivação e desempenho (*Idem*).

O processo de amamentação está sujeita a diversos fatores, desde biológicos, a culturais, sociais, políticos, económicos, o que torna a amamentação num processo complexo na maioria das culturas. Deste modo, os profissionais, de saúde em particular, deparam-se com múltiplas condicionantes, o que gera problemas de diversas origens, por vezes difíceis de diagnosticar, relacionados com a díade mãe/filho quer no período inicial da amamentação quer na sua continuidade e prevalência (Pereira, 2006).

Schmied *et al.* (2011), num estudo desenvolvido com enfermeiras num Hospital Australiano, concluíram que os profissionais apoiam intensamente a Baby-Friendly Hospital Initiative – IHAB -, mas que os princípios desta estratégia global são interpretados de formas diferentes pelos mesmos, concluindo da necessidade de maior formação e informação sobre a mesma.

A educação do profissional não se deve focar somente as questões orgânicas e fisiológicas, mas também pelos aspectos psicológicos, sociais e culturais da amamentação. Devem ser capacitados por um orientador, com palestras e práticas clínicas, quer em termos técnicos quer nas habilidades de escuta e no reforço da autoconfiança materna.

### **É a situação alimentar do recém-nascido verdadeiramente específica? Que ligação à vinculação?**

Alimentação constitui uma dimensão crítica no desenvolvimento, mas para além das necessidades de carácter biológico há outras de cariz afectivo, de prazer, segurança, e interacção com o mundo exterior que a amamentação pode proporcionar. De facto, a situação alimentar é um momento privilegiado de afetuosidade entre mãe e bebé, constituindo-se como um paradigma relacional da díade. Grande parte da vigília do bebé está ligada à alimentação, podendo esta constituir-se como uma experiência rica e organizadora para a mãe e bebé. Uma boa parte da sua personalidade está ali, naquele momento sublime.

Já em 1986, Bowlby, apoiando-se em Mélanie Klein, referia que a amamentação é uma conversa de amor, justificando que a gratificação está tanto relacionada com o objeto que dá o alimento com o próprio alimento. Portanto só um clima de intimidade física e mental que rodeia a amamentação pode ser verdadeiramente gratificante.

Após o parto, a mãe vê instalar-se um estado fisiológico, potenciador da produção de leite e, simultaneamente, um estado afectivo que lhe permite começar a perceber os estados de desprazer da criança, respondendo adequadamente com cuidados de qualidade.

Como afirma Gomes Pedro (1999), o contacto precoce e o *“rooming in”* são fatores decisivos para o sucesso da amamentação, pelo que a avaliação do comportamento materno e infantil durante esses momentos revela a extraordinária emissão de comportamentos afetuosos por parte da mãe enquanto dá de mamar, sendo por isso organizador da vinculação.

Esta pesquisa relativamente implícita entre amamentação e vinculação não é recente. Stoléru (1987) considerava haver na situação alimentar componentes específicos e não específicos da interacção mãe-filho. Todos contribuem para determinar a experiência alimentar e dizem respeito à díade. Dos **elementos específicos** evidenciam-se: Olhar da mãe e bebé; sorriso; palavras maternas e vocalizações do bebé; carícias; embalos; beijos. São comportamentos observáveis nas díades harmoniosas. Consideram-se ainda nesta categoria: estado de vigília do recém-nascido e o comportamento materno face ao mesmo, com realce para a forma como

a mãe aproveita os momentos de vigília para provocar a interação com o bebê; pegar ao colo – a maneira como a mãe toma a criança ao colo define a relação que ela estabelece com o bebê, compreendendo alguns parâmetros como a proximidade do contacto, ajustamento, a suavidade dos gestos e a segurança dos mesmos; postura da mãe - é ela mesma uma comunicação, exprime a atitude mental, a posição afetivas da mãe e as suas tensões internas, disponibilidade ou inibição. Ajuriaguerra, citado ainda por Stoléru (1987), observando primíparas em situação alimentar de amamentação, descreve três tipos de posturas: posturas ajustadas – que viabilizam o alcance de refeições descontraídas e a troca de expressões de interação (olhares, carícias..) posturas ajustadas ao preço de um esforço da mãe – a posição é instável e incômoda, tornando o contacto corporal difícil e instável, ocasionando frequentes interrupções da mamada, se bem que a criança consiga uma mamada satisfatória; posturas não ajustadas - a adaptação recíproca e o contacto físico são impossíveis.

Daqui se depreende da necessidade de um clima relacional positivo que interfere na postura. O diálogo tónico adequado e sensível, de moldagem, e o *holding* harmonioso permitem que a díade se comporte como um par de *dançarinos de alta performance*, um molda-se ao outro, antecipando o próximo passo.

Esta interação postural determina e é determinada por outras circunstâncias, algumas das quais dificilmente passíveis de ensinamento pelos profissionais de saúde. Aqui residirá um erro grosseiro de aconselhamento e análise ao esquecermos as dimensões psicoemocionais do fenómeno da amamentação.

**Há ainda elementos específicos:** a regularidade das mamadas, refletindo horários liberais ou rígidos; a maneira como a mãe introduz a mama na boca do bebê, e como ele reage; as paragens forçadas – a interrupção da mamada operada pela mãe, de forma repetida, inviabiliza ao bebê uma experiência continuada de prazer, desorganizando a experiência da alimentação; a maneira como a mãe estimula o bebê para mamar, e o respeito pelas paragens do bebê – a mãe pode reagir com uma estimulação frenética perante uma sucção que pensa ser lenta ou se o bebê se apresenta sonolento. Pode manter a amamentação mesmo nas situações de engasgamento.

Adotando a classificação de Lézine, Stoléru (1987) descreve três tipos de mães:

**Com atitudes suaves e liberais** – adotam posições confortáveis, aconchegando carinhosa e tranquilamente o bebê. O contacto é muito próximo, mas livre e sentido. As formas de comunicação são variadas e tónicas, com realce às vocalizações e carícias. São sensíveis às

manifestações do bebê, as suas condutas, face às mesmas são eficazes e adaptadas. Respeitam as paragens espontâneas e o ritmo de sucção do bebê. A interação é harmoniosa e livre.

**Mães incoerentes** - Imprimem mudanças frequentes e bruscas de posição ao bebê- podem ser sensíveis às manifestações do bebê mas as suas condutas de consolo são ineficazes, por exageradas ou imperceptíveis pelo bebê. Mantêm como bebê, quase exclusivamente um contacto visual, denotando uma pobreza de formas de comunicação.

**Mães rígidas** – São crispadas e adotam posições instáveis. Evitam o contacto pele a pele e são insensíveis às manifestações do bebê. Evidenciam fixação nos horários das mamadas e cuidados de higiene. Mostram-se pouco tolerantes às paragens espontâneas do bebê e, do ponto de vista interacional, respondem de forma inapropriada, não proporcionando o conforto e o prazer do bebê porque: não compreendem os sinais do bebê, recusam levá-los em conta ou interpretam-nos mal. As tais mães, corresponderá um tipo de organização mental, em que pode existir a influência de experiências particulares anómalas, vividas com as suas próprias mães. Todos estes elementos são fundamentais uma vez que condicionam, por parte do bebê o ato de aprender a alimentação como momento gratificante e organizador, bem como a forma de se relacionar com mãe e o mundo de forma harmoniosa. Daqui se conclui da absoluta necessidade de observarmos com clareza quais os comportamentos relacionais durante a amamentação, as conversas de amor que existem, os comportamentos de ligação presentes.

Concluimos que, com estas perspectivas, a amamentação é um tema de grande complexidade, a merecer aproximações de natureza diversa daquela com que frequentemente nos deparamos e cuja vertente técnica, embora necessária, é absolutamente insuficiente.

Parece podermos ainda questionar se a avaliação neurocomportamental partilhada pode melhorar a amamentação bem-sucedida. Esta ligação pode e deve ser investigada e aprofundada. É o que me proponho fazer.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta reflexão final foi um desafio intenso, difícil, apaixonante...na linha de todo o CURSO. Este resulta em mais-valias significativas a dois níveis: pessoal e profissional. Ao nível pessoal, a sensação de enriquecimento é gratificante, sendo que as razões são muitas, não se prendendo exclusivamente com os conteúdos abordados. Estes foram fundamentais, mas porventura o factor mais crítico foi a amizade, retomada, criada e desenvolvida. Uma equipa

diferente e um conjunto de colegas cujo saber e experiências muito contribuíram para o êxito do curso. O conteúdo emocional positivo sempre presente, diria que foi um *touchpoint* muito coerente, prático, e observável.

Ao nível profissional, a riqueza das abordagens, a seriedade colocada no curso por todos os participantes, a diversidade de perspectivas e olhares tornou este desafio aliciante e de alto *quilate*.

A minha acção e o futuro vão decididamente refletir a validade deste curso. São várias as áreas de mudança:

- Alterações curriculares a realizar na formação base de enfermeiros e na formação pós-graduada. Há que fazer um esforço curricular no sentido de aproximar as abordagens àquilo que realmente é importante: o foco nas ciências do bebé e da família. Neste esforço há fator muito importante e que passa pela contribuição dos vários profissionais do *educare*. Diria que o desenho curricular não querendo que seja sendo uma cópia da estrutura deste curso, pode toamr muita inspiração do mesmo. Profissionais de alta performance, abordagens múltiplas mas simultaneamente convergentes numa certa ideia de criança e famílias felizes.
- Abertura de linhas de investigação que passarão da fase embrionária em que se encontram para uma outra etapa de desenvolvimento mais acelerado. A investigação é o motor do conhecimento, pelo que o desenvolvimento de projetos em que a multidisciplinaridade seja uma forma de estar e descobrir é o caminho. Deste modo, o desenho curricular deve assentar na investigação.

Esta reflexão foi um esforço de sintetizar um provável conjunto de ligações, verdadeiras redes sinápticas que, penso ter demonstrado, vão além de uma especulação científica.

Da reflexão resulta uma proposta de trabalho clara: explicitar as ligações entre avaliação neurocomportamental, amamentação bem-sucedida e potenciadora de vinculação. Nesta perspectiva atrevo-me a formular uma *apresentação gráfica* (em anexo) que pode enquadrar esta investigação.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnard, K.; Sumner, G. (2005) – Incentivar a consciência sobre os padrões comportamentais do bebê: elementos de ajuda antecipatória para os pais. In Gomes-Pedro, J. [et al.] - *A Criança e a Família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro, p. 205-228.
- Barros, L. (2001) - A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto, pp. 297-316.
- Bowlby, J. (1989) *Apego e Perda*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. (1995) – *O grande livro da criança*. 8ª ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. (2005) – Forças e pressões na família dos nossos dias: preparar o futuro. In Brazelton, T.B. ; Greenspan S. I. – *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença, 2002.
- Colman, L; Colman, A. (1994) – *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Eidelman, A.; Schanler, R. (2012) - Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *American Academy of Pediatrics: Pediatrics*. 129 (3). p.827-841.
- Fuertes, M.; Santos, P.; Beeghly, M.; Tronick, E. (2006) - More Than Maternal Sensitivity Shapes Attachment Infant Coping and Temperament. *Annals New York Academy of Sciences*. Nº 1094, p. 292–296.
- George, F. (2010) Circular informativa: Registo do aleitamento materno. Direcção-Geral da Saúde: Divisão de Saúde Reprodutiva. 26/DSR.
- Gomes-Pedro J. ( 2004). O que é ser criança? Da genética ao comportamento. *Análise Psicológica*, 1 (XXII), 33-42.
- Gomes-Pedro, J. (2003) – CLNBAS: A Avaliação Neuro-Comportamental do RN para Aplicação Clínica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol. 34, n.º6, p. 389-391.
- Gomes-Pedro, J. (2005) - A criança no século XXI. In GOMES-PEDRO, J. [et al.] – *A Criança e a Família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro, p. 23 - 48.
- Gomes-Pedro, J. (1999) - *A Criança e a Nova Pediatria*. Lisboa: Serviço de Educação. Fundação Calouste Gulbenkian
- Guerra, A.; Rêgo C.; Silva, D.; Ferreira, G. C.; Mansilha, H.; Antunes, H.; Ricardo Ferreira. R. (2012) – A Alimentação do Lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol. 43, n.º 5 Setembro / Outubro 2012 Suplemento II. S 17-40

- Hockenberry, Marilyn J.; Wilson, D.; Winkelstein, Marilyn (2011) - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Tradução da 8ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. ISBN 978-85-352-3447-3
- Klaus, M.; Kennel, J.; Klaus, P. (2000) – *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lana, A.P.B.; Lamounier, J.A. (2009). *Saúde da família – Centro de saúde amigo da criança*. Belo Horizonte: Coopmed. 248 p. ISBN: 978-85-7825-024-9.
- Lipsitt, L. (2005) - A experiência precoce e o comportamento do bebê no século XXI. In Gomes-Pedro, J. [et al.] - *A Criança e a Família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro, p. 93- 125.
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento materno: importância da correção da pega no sucesso da amamentação*. Loures: Lusociência. 299 p. ISBN 972-8930-21-6.
- Sá, E. (2003) - Os bebês: da biologia à psicanálise. In Sá, E. - *Psicologia do Feto e do Bebê*. 3ª ed. Lisboa: Fim de Século, p. 101-110.
- Schmied, V.; Gribble, K.; Sheehan, A.; Taylor, C.; Dykes, F. (2011). Ten steps or climbing a mountain: A study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. *BMC Health Services Research*. 11 (208).10 p.
- Silva, S. (2012) – *Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, stresse e suporte emocional*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Soares, I. (2001) – Vinculação e cuidados maternos: Segurança, proteção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebê. In Canavarro – *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, p. 75-104.
- Stoesz, Brenda M.; Hareb, James F.; Snow, Wanda M., 2013. Neurophysiological mechanisms underlying affiliative social behavior: Insights from comparative research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 37, p. 123- 132.
- STOLÉRU, S. (1987) Estudos sobre as competências do bebê e as interações precoces. In Lébovici, S. - *O bebê a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 83-198

## MODELO TOUCHPOINTS E BOA PRÁTICA EM CUIDADOS NEONATAIS

