



UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

JULIANA BESSA

BEBÊS DE RISCO E RESILIÊNCIA MATERNA

BAURU

2008



UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

JULIANA BESSA

BEBÊS DE RISCO E RESILIÊNCIA MATERNA

Monografia de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências Humanas
como parte dos requisitos para obtenção do
título de bacharel em Psicologia, sob a
orientação da Profª Dra. Maria de Fátima
Belancieri.

BAURU

2008

Bessa, Juliana

B557b

Bebês de riscos e resiliência materna / Juliana Bessa – 2008.
50f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima Belancieri
Trabalho de Conclusão de Curso- Universidade do Sagrado Coração – Bauru - São Paulo.

1. Resiliência 2. Mães 3. Bebês 4. Risco 5. Proteção
6.Crise 7. Adversidade I. Belancieri, Maria Fátima II.
Título

BEBÊS DE RISCO E RESILIÊNCIA MATERNA

Monografia de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Humanas como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Psicologia, sob a orientação da Profª Dra. Maria de Fátima Belancieri.

Banca examinadora:

Profª Drª Maria de Fátima Belancieri - Orientadora

Profª Drª Silvana Nunes Garcia Bormio

Prof. Dr. Rinaldo Correr

Prof. MS. Marcelo Mendes dos Santos - Suplente

Bauru, _____ de maio de 2008

*Dedico este trabalho a todos
que torceram por mim.*

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a minha professora, Dr^a Maria de Fátima Belancieri, pela paciência e dedicação para comigo;

À minha amiga Patrícia, por ter me auxiliado no corpo teórico desse trabalho;

Aos meus irmãos Rogério e Ricardo, minhas cunhadas, Eliane e Isabela, pelo apoio e carinho;

As minhas sobrinhas Beatriz e Sara, juntamente com meu futuro sobrinho(a), pela fonte de inspiração;

Ao meu namorado Rodrigo, por sempre ter acreditado em mim;

E, principalmente aos meus pais, maiores responsáveis por essa vitória...

Obrigada a todos!

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo investigar possíveis indicadores de resiliência em mães de bebês de risco. A temática resiliência materna tem sido pouco discutida. Assim como existem vários estudos sobre a importância da interação mãe e bebê, o estudo sobre a resiliência materna pode contribuir para compreender aspectos potencialmente saudáveis dos seres humanos. A Pesquisa foi realizada na Maternidade Santa Izabel, participaram dos estudos mães de bebês de risco internadas ou não no hospital. Os instrumentos que foram utilizados no trabalho são: ficha de dados sociodemográficas, (contendo questões com objetivo de identificação dessas mães). Teste de quociente de resiliência e um termo de consentimento livre e esclarecido. A técnica de análise foi a quantitativa. Em relação aos resultados, não é possível afirmar que todas são resilientes, uma vez que, de acordo com a literatura, sujeitos resilientes são aqueles que encontram-se na média em todos os fatores. Neste estudo, as mães pontuaram abaixo da média para os fatores Regulação das Emoções e Auto Eficácia, ficando evidente a necessidade de ações direcionadas ao fortalecimento desses aspectos, especialmente, quanto a administração das emoções.

Palavras-chave: 1 Resiliência Materna 2. Bebês de risco 3. Proteção 4. Adversidade

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Quadro com Dados sociodemográficos	27
Figura 2 – Quadro com dados sobre a gravidez	28
Figura 3 - Gráfico – Fator 1 Regulação De Emoções	29
Figura 4 - Gráfico – Fator 2 Controle De Impulsos	30
Figura 5 - Gráfico – Fator 3 Otimismo	31
Figura 6 - Gráfico – Fator 4 Analise Causal	32
Figura 7 - Gráfico – Fator 5 Empatia	33
Figura 8 – Gráfico – Fator 6 Auto- Eficácia	34
Figura 9 – Gráfico – Fator 7 Exposição	35

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 RESILIÊNCIA: HISTÓRIA E CONCEITO	10
2 CONCEITOS DE FATORES DE RISCO, PROTEÇÃO E CRISE	13
2.1 FATORES DE RISCO	13
2.2 FATORES DE PROTEÇÃO	13
2.3CRISE	14
 <i>3 DEFINIÇÃO DE BEBÊS DE RISCO</i>	 <i>16</i>
4 A DÍADE MÃE – BEBÊ	17
5 A TEORIA DO APEGO.....	20
6.1 DEFINIÇÃO DA TEORIA DO APEGO.....	20
6.2 O VÍNCULO AFETIVO E A TEORIA DO APEGO	21
6 O PARTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS	23
7 O VÍNCULO MÃE BEBÊ	25
8 METODOLOGIA	26
9 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIA	38
ANEXO I	41
ANEXO II	45
APÊNDICE	48

INTRODUÇÃO

A Resiliência surgiu a partir dos esforços para entender os motivos e a evolução da psicopatologia. E o primeiro conceito surgiu como “invulnerabilidade”, que passa uma idéia de resistência absoluta ao estresse, de uma característica imutável, sendo que a resiliência é um processo que pode ser desenvolvido e promovido. O segundo conceito está relacionado ao desenvolvimento humano sadio e positivo, onde o desenvolvimento é considerado como um envolvimento dinâmico de interações entre o homem e o ambiente, pontuando aspectos do meio ambiente que devem ser considerados para o entendimento dos processos adaptativos dos indivíduos no curso de suas vidas, surgindo assim, a resiliência como “adaptação”. A partir disso, houve uma expansão do tema resiliência como a noção de processo, que implica a dinâmica entre fatores de risco e de proteção, que permite ao indivíduo superar a adversidade, dando o significado desta como “superação”.

Como vimos, resiliência é um conceito que não apresenta uma única definição, e sim variadas e dentre essas nosso trabalho vem tratar a resiliência como forma de “superação”, onde ela é definida como a habilidade do sujeito superar eventos potencialmente estressores, no qual o indivíduo faz uma resignificação de uma adversidade. Dentro desse contexto, surge a seguinte problemática: mães de bebês de risco apresentariam indicadores de resiliência?

A maternidade é um momento muito importante no ciclo vital da mulher, é o momento que ela pode realizar uma resignificação de sua vida e de atingir novos níveis no desenvolvimento da sua personalidade.

Assim, o objetivo de nosso estudo é investigar possíveis indicadores de resiliência em mães de bebês de risco.

Yunes afirmou no ano de 2001 que o fenômeno da resiliência vinha sendo pesquisado há cerca de trinta anos, mas havia cinco anos que os congressos internacionais vinham discutindo esse construto. Podemos dizer que atualmente no ano em que estamos, ou seja, 2008, este construto tem sido muito discutido, mas nada se encontra sobre resiliência materna. Por isso, esse estudo se justifica, uma vez que, vem acrescentar conteúdos em relação ao tema resiliência, enfocando a maternidade.

A Psicologia, que esteve por um longo período histórico, orientada a compreensão e tratamento de patologias, busca transformar alguns aspectos saudáveis do ser humano em novas possibilidades de compreensão, destacando entre esses a resiliência. Assim, esse trabalho vem contribuir com essa nova Psicologia no rompimento com esse viés “negativo” e reducionista, para uma ciência que focalize qualidades e potencialidades humanas, voltando-se para a saúde e não a doença.

No âmbito acadêmico esse trabalho vem nos ajudar a entender melhor, questões ligadas ao potencial e ao bem-estar dessas mães em situação de estresse, bem como sua qualidade de vida. E, no âmbito pessoal estaremos ampliando nossos conhecimentos, nos comprometendo com o estudo do comportamento resiliente, buscando compreender a construção de fatores de resiliência, visando resultados positivos para os nossos estudos na saúde psíquica.

O estudo sobre a resiliência materna pode contribuir para promover aspectos potencialmente saudáveis dos seres humanos.

Com este estudo teremos a oportunidade de nos inserirmos em um ambiente hospitalar e estudar na prática, questões vistas no decorrer do curso de psicologia, como resiliência, desenvolvimento psíquico, interação mãe-bebê e outros, nos dando suporte para enfrentar possíveis situações no âmbito profissional em que se faz necessário o conhecimento adquirido.

O resultado deste trabalho poderá ser fonte teórica, para elaboração de pesquisas futuras relacionadas, como por exemplo: fortalecimento de recursos internos da mãe e redução de seu estresse. Dessa maneira, essa pesquisa poderá ultrapassar os limites acadêmicos, tornando-se uma efetiva contribuição em programas de promoção da saúde, podendo gerar avanços na área.

1 RESILIÊNCIA: HISTÓRIA E CONCEITOS

Segundo Infante (2005), existem duas gerações de pesquisadores em resiliência, a primeira nos anos de 1970, estava interessada em pesquisar a diferença entre crianças que se adaptam positivamente e as que não se adaptam, em situações de risco, procurando identificar os fatores de risco e de resiliência que influenciaram no desenvolvimento de crianças. Essa primeira geração se amplia e têm um interesse maior em pesquisar as qualidades pessoais, que permitiam superar a adversidade se concentrando nos fatores do indivíduo. A maioria dos pesquisadores dessa geração não se identificou com o modelo triádico de resiliência, que consistia em relacionar a resiliência e os fatores de risco em três grupos: os atributos individuais, os aspectos da família e as características dos ambientes sociais a que as pessoas pertencem.

Infante (2005) afirma que a segunda geração de pesquisadores em 1990 tem o interesse de pesquisar os processos associados a uma adaptação positiva, em pessoas que vivem ou viveram em condições de adversidade. Retomam as idéias da primeira geração, procurando quais são os fatores que nos indivíduos em alto risco social se adaptaram positivamente a sociedade, fatores que estão na base da resiliência.

Os pioneiros são Michel Rutter e Edith Grotberg, sendo que o primeiro formulou conceitos de mecanismos protetores, no qual, falaremos mais adiante, e o segundo propôs o conceito que dá base ao congresso internacional de resiliência (PIR), onde a resiliência esta dentro de três diferentes níveis: suporte social, habilidades e força interna.

A maioria dos pesquisadores dessa geração está inserida no modelo ecológico-transacional de resiliência. Os níveis que formam o marco ecológico são: individual, o familiar, o comunitário (vinculado aos serviços sociais), e o cultural (vinculado aos valores sociais), pontua Infante (2005).

Como podemos observar a resiliência não possui um único construto e para se abordar melhor o assunto analisaremos a origem etimológica da palavra.

Do latim *resiliens*, significa “saltar para trás”, “voltar saltando”, “retirar-se sobre si mesmo”, “encolher”, “reduzir-se”, “recuar”, “desdizer-se”. O dicionário de língua inglesa Michaelis (1995) nos dá duas definições de resiliência, sendo a primeira: “habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou

de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc.: resiliência de caráter” e a segunda “é a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade”, referindo-se a física.

No dicionário de Novo Aurélio, de Ferreira (1999), diz que, na Física resiliência “é a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora duma deformação elástica”, em uma forma mais simbólica temos a definição do termo como “resistência ao choque”. Nestas definições podemos encontrar referências de resiliência quanto a materiais e a pessoas, sendo que no dicionário de língua portuguesa só encontramos referência apenas à resistência de materiais.

Segundo Tavares (2002), os precursores do termo resiliência na Psicologia são os termos invencibilidade ou invulnerabilidade. Para ele, invulnerabilidade passa uma idéia de imutável, de resistência máxima ao estresse. E, para Junqueira e Deslandes (2003), a resiliência é a capacidade de um sujeito “superar” a adversidade, superação como forma dialética, com limites para suportar o sofrimento.

Para Luthar (2000), a resiliência é um processo de adaptação, ele afirma: “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contexto de grande adversidade”. Essa definição como outras características da segunda geração, distingue três componentes essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência: 1. A noção de adversidade, trauma ou risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; 2. A adaptação positiva, ou superação da adversidade; 3. Processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e sócio-culturais, que influem no desenvolvimento humano.

A definição do conceito de resiliência requer que o indivíduo obtenha uma adaptação positiva, apesar de estar, ou haver estado exposto uma situação de adversidade, (KAPLAN, 1999). O termo adversidade também usado como sinônimo de risco pode designar uma constelação de muitos fatores de risco ou uma situação de vida específica.

A identificação de resiliência requer pesquisas e programas de promoção, sugere-se que a definição de adversidade especifique a natureza do risco, se é subjetivo ou objetivo, e a ligação existente entre a adversidade e adaptação positiva.

Este trabalho traz o enfoque na resiliência como forma de “superação”, processo no qual o indivíduo apresenta sentimentos de confiança de que os obstáculos podem ser superados, colocando ênfase nos componentes individuais “algo interno”, na dinâmica de fatores de risco e proteção, que levará à superação das adversidades.

A resiliência é uma variação individual em resposta ao risco, e os mesmos estressores podem ser experienciados de maneira diferente por diferentes pessoas. A resiliência não pode ser vista como um atributo fixo do indivíduo e se as circunstâncias mudam a resiliência se altera. (RUTTER, 1987, p.55)

Como podemos observar a resiliência possui vários significados, mas daremos ênfase à definição de resiliência como forma de “superação” e, estudaremos em nosso trabalho a relação da resiliência materna, com uma situação adversa específica de se ter um bebê de risco.

2 CONCEITOS DE FATORES DE RISCO, FATORES DE PROTEÇÃO E CRISE.

2.1 Fatores de risco

Tavares (2002) diferencia risco e resiliência, sendo que o risco implica uma alta probabilidade de conseqüências “negativas”, enquanto resiliência seria o resultado positivo. E, a diferença entre mecanismos de risco e de proteção é que os de risco interagem diretamente com eventos estressores, levando o indivíduo a apresentar desordens de diversos níveis, enquanto os de proteção fazem ao contrário, operam indiretamente com os seus efeitos, apenas quando houver interação com as variáveis de risco. Mecanismos de proteção serão aqueles que, numa trajetória de risco, consegue transformar a resposta de uma pessoa, para uma resposta “positiva”.

São muitos os fatores de risco e eles podem ser individuais ou ambientais. Para Yunes e Szymanski (2001), os eventos estressores serão interpretados e diferenciados individualmente, ou seja, a percepção e sentido dada a esse evento é o que classificará ou não como situação de estresse.

2.2 Fatores de proteção

Os fatores de proteção têm a capacidade de transformar a resposta de um indivíduo aos processos de risco. Rutter (1987) nos afirma que possuem quatro funções principais: (1) reduzir o impacto dos riscos, fato que altera a exposição da pessoa à situação adversa; (2) reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; (3) estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia, através de estabelecimento de relações de apego seguras e cumprimento de tarefas com sucesso; (4) criar oportunidades para reverter o efeito do estresse.

Os fatores de proteção são operados por uma série de variáveis como: o padrão dos estressores, as diferenças individuais causadas por fatores constitucionais e ambientais, experiências compensatórias fora de casa, o desenvolvimento da auto-estima, oportunidades (o tipo e o número), grau apropriado de estrutura e controle, a presença de vínculos e relacionamentos

íntimos, e a aquisição de habilidades de *coping*, (é um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais) (TAVARES, 2002, p.11)

Aqui enfocaremos o vínculo mãe e bebê, e esse surge através de uma interação complexa entre os dois.

A maternidade é um momento existencial extremamente importante no ciclo vital feminino que pode dar à mulher a oportunidade de atingir novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. É durante a gravidez que se iniciam a formação do vínculo materno-filial e a reestruturação da rede de intercomunicação da família. É um momento que merece a convergência dos esforços preventivos, que resulte num atendimento mais global e satisfatório para a saúde física e emocional da mulher e de seu filho. (MALDONADO, 1976, p.9)

2.3 Crise

Para Maldonado (1976) há três períodos críticos no ciclo vital na mulher, que possuem muito em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. Esses três períodos são caracterizados por tensão biológica, compostas por mudanças metabólicas complexas, estados temporários de equilíbrio instável devido às perspectivas de mudanças relacionadas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade.

Podemos dizer então, que esses períodos estão inseridos em uma situação de crise.

Crise é um período caracterizado por uma desorganização do equilíbrio, por um período temporário, ultrapassando as capacidades do sistema para adaptar-se interna e externamente, Caplan (1964). O termo crise foi primeiramente empregado por Caplan (1964) para referir-se às reações das pessoas a eventos traumáticos, crises imprevisíveis e, por Erickson (1959) para referir-se a algumas etapas do desenvolvimento normal, crises previsíveis.

Conseqüentemente, o termo crise pode referir-se tanto aos períodos de mudanças inesperadas quanto aos inerentes ao desenvolvimento.

Uma crise pode ser antecedida por mudanças internas (crises normais do desenvolvimento, doenças ou traumas) ou externas (perda ou ameaça de perda de uma fonte de segurança e satisfação; acúmulo de tensões que ameaçam romper o equilíbrio funcional dos mecanismos adaptativos do ego). Em ambos os casos, as crises implicam num enfraquecimento temporário da estrutura básica do ego, de forma que a pessoa não consegue utilizar seus métodos habituais de solução de problemas e, portanto, requerem a mobilização dos mecanismos adaptativos do ego no sentido de buscar respostas novas anteriormente inexistentes no repertório do indivíduo, segundo (CAPLAN, 1964, p.70)

As soluções das situações de crises podem ser: saudável ou doentia, saudável no termo de um novo nível de integração e amadurecimento da personalidade e doentia no aspecto de uma desintegração, desorganização e amadurecimento da personalidade. É por isso que uma situação de crise significa, ao mesmo tempo, perigo e oportunidade. Uma pessoa em crise não tem escolha: simplesmente tem que mudar, em alguma direção e de uma maneira nova.

A gravidez possui muitas características de crise, a mulher passa a ter uma visão diferente das coisas. No caso da primeira gravidez, a grávida passa do papel de esposa para o de mãe, mesmo no caso da segunda, verifica-se certa mudança de identidade, pois ser mãe de um filho é diferente de ser mãe de dois e assim por diante, (MALDONATO, 1976).

A situação de crise não termina com o parto, o puerpério deve ser considerado como a continuação da situação crítica, pois implica em novas mudanças fisiológicas, em consolidação da relação materno-filial e em grandes modificações da rotina e do relacionamento familiar, (MALDONATO, 1976).

3 DEFINIÇÃO DE BEBÊS DE RISCO

Bebês de risco são todos os recém-nascidos que estão vulneráveis ao estresse por ocasião do parto, ou mesmo da vida extra-uterina, como bebês de baixo peso, conforme Knuppel (1995).

De acordo com Barbosa (1981) o risco está relacionado com a asfixia que pode apresentar diversos graus de intensidade, ou pela perturbação do mecanismo da respiração ou comprometimento da circulação.

Para Knuppel (1995), os recém-nascidos normais realizam grandes esforços para a respiração independente, sem a dependência materna, sendo que para os que já estão comprometidos, essa tarefa pode se tornar impossível. Antes do parto, os pulmões estão cheios de líquidos não necessários para o débito cardíaco. No nascimento esses pulmões devem ser esvaziados do líquido amniótico, inflados e perfundidos. O sucesso da ressuscitação do recém-nascido depende de sua função respiratória.

O mesmo autor ressalta que é necessário olharmos para a figura das mães que possuem bebês de risco, as expectativas que essas trazem e os sentimentos de impotência frente à situação. A recusa, a culpa e o sentimento de fracasso é muitas vezes requisitado. A díade mãe-bebê é mais frágil quando o bebê é de risco. Os procedimentos de apoio da equipe obstétrica e neonatal influencia positivamente na redução do estresse das mães pelo fornecimento de informações honestas, pela compreensão de seu luto, pelo apoio aos seus mecanismos de defesa e por proporcionarem o contato com seus filhos. Todos esses itens são de fundamental importância no auxílio de alguns construtos, como os fatores de proteção e resiliência.

4 A DÍADE MÃE-BEBÊ

As emoções das mães são intensas e variadas nos primeiros dias após o parto. As primeiras vinte e quatro horas são caracterizadas pela recuperação do cansaço do parto. A vulnerabilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto: a euforia e a depressão alternam-se rapidamente, esta última podendo atingir grande intensidade, afirma Maldonado (1976)

Segundo Maldonado (1976), os sintomas de depressão e apreensão são bastante comuns após o parto e esses se justificam por muitos aspectos, por a mãe freqüentemente não saber distinguir as necessidades dos bebês, não havendo ainda um padrão de comunicação entre mãe e filho. Assim, estas características dão a mãe muitas interpretações projetivas, desse modo, o choro do bebê pode trazer vários sentimentos como: pena, estimulando a necessidade de cuidar dele, de raiva de si própria por se sentir incapaz de satisfazer as necessidades do filho, de raiva do bebê por senti-lo como um ingrato que não reconhece sua dedicação e seus esforços ou por senti-lo como permanentemente insatisfeito e insaciável, sugando-a e esgotando-a, exigindo muito e retribuindo muito pouco, de ressentimento por sentir que o bebê lhe está roubando privando-a de coisas importantes.

Para Mahler (1982), a falta de preparo biológico de bebê humano para garantir a sua sobrevivência faz com que essa fase se prolongue, e esta se denomina “simbiose-mãe-bebê”.

Nas primeiras semanas o bebê não consegue distinguir o que é externo e o que é interno nem consegue fazer a diferença entre si mesmo e o mundo a sua volta.

Ele passa a perceber gradualmente que suas necessidades e instintos (fome, sede e outros) são aliviados por algo vindo do mundo externo. Para haver esse reconhecimento, deve existir alguma diferenciação do ego, na fase simbiótica. O bebê faz essa diferenciação quando ele está num estado de “fome de afeto”, e tornam a desaparecer no momento em que ele experimenta gratificação e satisfação, pontua Mahler (1982).

Ao redor dos cinco meses, começamos a observar a separação-individuação. Estudos preliminares levaram-nos a descrições experimentais de

quatro subfases características da separação-individuação que, Mahler (1982) nos relata, e que ocorrem em todas as crianças normais.

A primeira subfase da separação-individuação seria a diferenciação, por volta dos cinco aos seis meses. Caracterizada pela diminuição da dependência corporal da mãe, coincide com a maturação das funções parciais de locomoção e começa a se voltar para o mundo externo em busca de prazer e estimulação. O bebê se torna mais próximo da mãe. Isto é demonstrado de maneira particularmente clara pelo fato do jovem bebê, até os dez meses, preferir brincar aos pés da mãe, preferência tornada manifesta pelo muito melhor desempenho e estabilidade de humor quando ao lado da mesma.

A segunda subfase se denomina de período de exploração, começando aos dez meses e prosseguindo até cerca dos quinze meses. A criança aumenta suas habilidades motoras e a exploração do seu ambiente, humano e inanimado. Tendo um grande investimento narcisista em si, no seu corpo e nas suas funções, como nos objetos e objetivos de sua investigação da realidade em expansão. Os adultos com quem está familiarizado são geralmente aceitos como substitutos da mãe em ambientes com os quais esteja acostumado (em contraste, haverá grande mudança a este respeito na subfase seguinte). Seu empenho explorador e seu caso de amor com o mundo, duram curtos períodos de tempo, pontua Mahler (1982).

A terceira subfase, a reaproximação, começa quando a criança torna-se capaz de caminhar e dura dos quatorze aos vinte e dois meses mais ou menos, à medida que vai dominando a locomoção, o bebê compreende estar autorizado e destinado a separar-se da mãe. A separação em pequenas quantidades favorece o processo de individuação.

Segundo Mahler (1982), nas subfases de exploração e reaproximação, ocorre o amadurecimento do aparelho mental, dando ênfase nos aparelhos motor e cognitivo, tornando o ego do bebê preparado para a separação.

Sua necessidade de desvincular emocionalmente da mãe vem juntamente com a capacidade de movimentar-se para longe dela, o bebê consegue ter o desejo de tê-la por perto, compartilhando de cada nova aquisição, habilidade e experiência. Por esse motivo a terceira subfase se chama de período de reaproximação

Essa terceira fase se constitui por essas duas fases complementares. O bebê quer compartilhar com a mãe todas as suas conquistas e êxitos, o grau de prazer pela sua atuação independente. Isso possui um grande significado emocional para o bebê.

Em resumo, o bebê ao nascer se concentra num enigma: representa esperança de auto-realização para as mães e, ao mesmo tempo, ameaça de expor as dificuldades ou deficiências dessas; significa, portanto, uma promessa de aumentar a auto-estima das mães e, ao mesmo tempo, de denunciá-las como mães más, afirma Mahler (1982).

5 A TEORIA DO APEGO

5.1 A definição da teoria do apego

As observações sobre o cuidado inadequado e o desconforto e a ansiedade de crianças pequenas relativos à separação dos cuidadores levaram o psiquiatra e psicanalista, especialista em psiquiatria infantil, John Bowlby a estudar os efeitos do cuidado materno sobre as crianças, em seus primeiros anos de vida. Bowlby (1940) impressionou-se com as evidências de efeitos adversos ao desenvolvimento, atribuídos ao rompimento na interação com a figura materna, na primeira infância. Seus estudos iniciais, além dos trabalhos de outros pesquisadores proeminentes que o influenciaram, deram origem às primeiras formulações e aos pressupostos formais da Teoria do Apego.

Conforme Cortina e Marrone (2003) são considerados pela Teoria do Apego processos normais de desenvolvimento e psicopatologias, abordando também processos de informação para a compreensão dos mecanismos psicológicos utilizados na vivência de um trauma ou perda, ou ainda, na experiência de negligência ou rejeição pelas figuras de apego. Portanto, esta abordagem teórica oferece um suporte para estudos sobre os afetos e as emoções dos indivíduos, além de proporcionar uma base fundamentada na experiência coerente para a compreensão dos processos de desenvolvimento normal e patológico, ao integrar aspectos da biologia moderna à fundamentação de seus estudos.

Bowlby (1990) considerou o apego como um mecanismo básico dos seres humanos. É um comportamento programado biologicamente, podendo ser considerado como um sistema homeostático, funcionando dentro de um contexto de outros sistemas de controle comportamentais. A função do apego no ser humano refere-se à identificação de que uma figura de apego está disponível e oferece respostas, proporcionando segurança, o que fortifica a relação (CASSIDY, 1999). O relacionamento mãe-bebê é estabelecido por uma série de sinais inatos da criança, os quais exigem proximidade. Com o passar do tempo, desenvolve-se um verdadeiro vínculo afetivo, que são garantidos pelas responsabilidades, sensibilidades e cuidados destinados a este bebê, e também pelas capacidades cognitivas e emocionais do mesmo. Por isso que as primeiras

relações de apego na infância são tão importantes, sendo estabelecido como um dos pressupostos básicos da Teoria do Apego, pois afetam o padrão de apego do indivíduo ao longo de sua vida.

Outra concepção primordial da Teoria do Apego é a do comportamento de apego, com intuito de estabelecer ou manter proximidade com outro indivíduo, por ser identificado como capaz de lidar com o mundo, devido a uma grande necessidade de proteção e segurança, (BOWLBY,1990). Golse (1998) ressalta que o comportamento de apego não é hereditário, e sim o seu potencial que permite à espécie desenvolver melhores resultados de adaptação, caracterizando sua evolução e preservação, e também é instintivo e evolui ao longo do ciclo vital. Cassidy (1999) afirma que, o sistema de comportamento de apego não é estabelecido apenas por associações de bem estar, visto que crianças também se apegam às figuras abusivas desenvolvendo o comportamento, inclusive quando seus cuidadores não correspondem às suas necessidades.

Bowlby (1990) distinguiu dois tipos de aspectos que podem influenciar na ativação do sistema de comportamento do apego, os relacionados às condições físicas e temperamentais, e aqueles relacionados às condições ambientais. A interação desses dois fatores é complexa e depende, de certo modo, da estimulação do sistema de apego. Além disso, esse sistema tem uma influência direta no desenvolvimento do afeto e da cognição do indivíduo, já que envolve uma representação mental de si mesmo e do ambiente.

5.2 O vínculo afetivo e a teoria do apego

Bee (1996) define o apego como uma variação do vínculo afetivo, onde existe necessidade da presença do outro, e sensação de segurança na presença deste. No apego, o outro é visto como uma base segura, pelo qual o indivíduo poderá explorar o mundo e experimentar novas relações.

O relacionamento entre pais e filhos é usado por Bee (1996), para demonstrar a diferença entre apego e vínculo afetivo. O sentimento de uma criança em relação a sua mãe é um apego, na medida em que esta criança sentirá segurança neste relacionamento para explorar o mundo à sua volta. O sentimento da mãe em relação a seu filho é mais corretamente colocado como

um vínculo afetivo, pois a mãe não experimenta deste sentimento de segurança na presença do filho.

Quando Bowlby (1990) estudou o vínculo entre mãe-bebê, concluiu que esta ligação desenvolve um importante papel na preservação da espécie, pois os bebês humanos são indefesos e incapazes de sobreviverem sozinhos, por um longo período de tempo. Deste modo, este apego entre o bebê e sua mãe é o que possibilita a sua sobrevivência, ou seja, a sobrevivência da espécie.

6 O PARTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Brazelton (1998) afirma que ao longo de toda a gravidez, o feto está tendo experiências e sendo moldado pelas experiências da mãe. À medida que se move em resposta a estas experiências, sua atividade dá à mãe uma resposta que lhe diz como o bebê reage, dando, talvez, uma idéia de como o filho é, e começando a moldá-la também. Nos últimos meses de gravidez, o feto responderá a muitos estímulos diferentes, administrados externamente ao útero, pois ele já vê, ouve e responde ao toque. A partir daí a mãe aumentará suas expectativas e ansiedade perante o seu bebê, bem como o fortalecimento deste relacionamento, pois o sente como uma parte muito amada de seu próprio corpo. O ato de se separar um bebê de sua mãe no parto possui um imenso significado principalmente se for uma intervenção cirúrgica, a qual possui um estresse adicional. A separação de seu bebê depois de uma cesariana é mais dramática na mente da mãe. Depois de um parto cesariano, uma mãe deve sentir-se ainda mais abruptamente separada de seu bebê. Seu próprio corpo não somente foi violado cirurgicamente, mas ela deve preocupar-se com seu papel tanto como causadora de riscos para o bebê, quanto por deixá-lo ir com qualquer outra pessoa. Ela sentirá uma enorme necessidade de tomar conta deste bebê que esteve em perigo e, ainda poderá sentir que talvez o bebê esteja melhor sem ela. Esta sensação de perda, que ocorre em todas as mulheres depois de qualquer tipo de parto, é consequência do período realmente gratificante em que carrega o bebê dentro de si.

Segundo Brazelton (1998), o momento posterior ao parto é carregado de excitação, proporcional à ansiedade vivida. Não é de se admirar que as mães se sintam completamente alienadas nesta ocasião. A excitação, o medo, o alívio, a ansiedade e a elação geram certa disponibilidade, por parte das mães, que os tornam capazes de enfrentar quase qualquer coisa. Até mesmo uma orelha de abano, ou um rosto levemente azulado e inchado, tudo isto parece tão maravilhoso quanto o bebê que fantasiaram durante toda a gestação. Somente mais tarde, na medida em que começam a voltar a si, é que se preocupam com estas questões, e contam os dedinhos, estudam o rosto identificando com quem se parecem mais, e notam as orelhas de abano. A realidade de não obterem a perfeição com que sonharam lhes vêm somente várias horas mais tarde. Os sentimentos predominantes são de alívio por terem conseguido enfrentar esta

situação, gratidão pelo fato do bebê ter nascido, êxtase por este ser normal e um grandioso sentimento de querer criar aquela criatura pequenina e dependente.

Brazelton (1998) coloca que o desenvolvimento do apego é menos calmo para a mãe que teve seu bebê através de partos menos ideais, por circunstâncias não ótimas ou ainda arriscadas, mas não existem razões para que não se atinja um resultado bastante gratificante. Na verdade, o esforço para a superação das dificuldades pode ser uma forte força para o apego. Em face das emergências pelas quais passou será muito difícil para a mãe de um bebê de risco manter seu vínculo com o mesmo. Ela deve defender-se das dúvidas acerca da sobrevivência de seu filho e dos sentimentos igualmente horríveis mais inexpressíveis de culpa por tê-lo trazido nesta situação de perigo. Pode ocorrer, perfeitamente, que uma mãe, em tal situação, queira fugir, esconder-se ou entrar em estado depressivo, ou alienar-se para se proteger de ter que cuidar deste filho. Estas respostas são previsíveis em uma experiência como esta, elas não são atípicas. O surpreendente não é que muitas mães devam defender-se contra tal sentimento avassalador, mas que possam superar estes sentimentos e começar tudo novamente, vinculando-se ao bebê que sentem ter posto em perigo. A mãe, após o parto de seu filho, o qual se encontra em risco, está trabalhando contra uma “reação de luto”. O luto depois de um nascimento difícil é inevitável. Esta mãe não somente demonstra esta relação pela perda do bebê perfeito que esperava, mas também lamenta os defeitos do recém-nascido que gerou, culpando-se a si mesma, consciente ou inconscientemente. Sente-se culpada pela condição do filho, sendo esse sentimento justificado ou não. A fim de superar estes sentimentos, são necessário tempo e um árduo trabalho pessoal. Embora o maior contato com o bebê ajude-a nesta tarefa, ainda assim é necessário o fator tempo. O ideal seria prorrogar a alta dos bebês até saber que suas mães estão prontas para acolhê-lo.

7 O VÍNCULO MÃE-BEBÊ

A consolidação dos padrões de comunicação da relação mãe e filho é feita gradualmente e a qualidade dessa relação, depende de ambas as partes. Cada recém-nascido apresenta uma história congênita singular: podem ser predominantemente tranquilos, irrequietos, vorazes, sonolentos, saudáveis ou doentes. A mãe reagirá diferentemente a estas características, podendo-se tornar predominantemente paciente, afetiva, ansiosa, irritada ou solícita, o que por sua vez também afeta o padrão de reações do bebê.

Mães mais sensíveis e receptivas às necessidades de seus bebês tendem a produzir vínculos mais fortes do que as mães mais insensíveis e menos receptivas, afirma Winnicott (1999) que define as características da saúde mental pela palavra-chave: dependência. Ele afirma que o potencial herdado de um bebê só pode transformar uma criança se esta se emparelha nos cuidados maternos.

Os cuidados maternos bons são uma necessidade absoluta. É essencial que eles despertem na criança o prazer de viver, que suscitem o prazer das sensações e o auto-erotismo.

As evidências mostram que a qualidade da relação de vinculação pode ter conseqüências importantes. Bebês com um vínculo relativamente seguro tendem a se tornar crianças alegres, capazes e com elevada auto-estima, criando personalidades saudáveis, com maior potencial a serem mais resilientes, pontua Winnicott, (1999) e, as mães se tornam menos suscetíveis a fracassos e frustrações, tendo a capacidade de empatia para saber do que os bebês têm necessidade, conseguindo fazer a vinculação e a desvinculação com as fases respectivas da criança, com uma melhor qualidade, sem possuir muito sofrimento, tornando-se resilientes frente as situações de crises, (BRAZELTON, 1998).

8 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado na Maternidade Santa Isabel, hospital mantido pela Associação Hospitalar de Bauru-SP, em que, participaram sete mães de bebês de risco, internadas ou não na Instituição. Os instrumentos utilizados foram: a ficha de dados sociodemográficos (APÊNDICE), contendo questões de identificação geral, como idade, estado civil, grau de instrução, ocupação ou profissão, religião, renda familiar, se possui residência própria ou não, e com quantas pessoas mora, e perguntas específicas sobre a gestação e parto.

Outro instrumento utilizado foi o Questionário do Coeficiente de Resiliência (RQ-Test), de Reivich e Shatté (2002)(ANEXO I), que consta de 56 questões sobre os fatores de resiliência, avaliando o quanto cada item é verdadeiro para a pessoa, numa escala, que varia de 1 (nunca verdade) a 5 (sempre verdade). O instrumento avalia: a regulação das emoções, controle dos impulsos, otimismo, análise causal, empatia, auto-eficácia e exposição. E no anexo II, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual, as mães tomaram conhecimento sobre a pesquisa e a liberdade de querer ou não participar dela.

A aplicação foi realizada na sala de espera da UTI, antes da visita dessas mães aos seus bebês. Eram 11 bebês internados, sendo que quatro mães se recusaram a participar da pesquisa, sobrando sete mães.

A técnica de análise utilizada foi à quantitativa, que nos remete a medidas objetivas, utilizando-se, basicamente, da estatística. Possui uma realidade, o foco é conciso e limitado, consistem em redução, controle, precisão e mensuração. É mecanicista, na qual, as partes são iguais ao todo. Possibilita análises estatísticas e os elementos básicos da análise são os números. O pesquisador mantém distância do processo, sua função é testar hipóteses, conforme ressalta Gonsalves (2001).

9 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como finalidade investigar possíveis indicadores de resiliência em mães de bebês de risco e especificamente, levantando, inicialmente, o perfil da mãe quanto aos dados pessoais e da gravidez, para posteriormente, verificar indicadores de resiliência em mães de bebês de risco, por meio de instrumento específico.

Em relação ao primeiro objetivo específico, demonstramos no quadro abaixo o perfil das mães.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS							
IDADE	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO	TRABALHO	RELIGIÃO	RENDA FAMILIAR	RESIDÊNCIA	QUANTAS PESSOAS MORA
20 a	Casada	Médio Completo	Operadora De Caixa	Católica	1 a 3 salários mínimo	Alugada	2 pessoas
30 a	Solteira	Fundamental Completo	Não trabalha	Evangélica	1 a 3 salários mínimo	Própria	3 pessoas
16 a	Casada	Médio Incompleto	Não trabalha	Católica	1 a 3 salários mínimo	Própria	2 pessoas
18 a	Solteira	Médio Completo	Não trabalha	_____	1 a 3 salários mínimo	Alugada	5 pessoas
33 a	Casada	Médio Incompleto	Não trabalha	Evangélica	1 a 3 salários mínimo	Cedida	5 pessoas
27 a	Casada	Médio Completo	Não trabalha	Evangélica	1 a 3 salários mínimo	Própria	3 pessoas
21 a	Solteira	Fundamental Incompleto	Diarista	Evangélica	1 a 3 salários mínimo	Própria	5 pessoas

Fig. 1 – Quadro dos dados sociodemográficos

De acordo com o quadro, observamos que as mulheres estão tendo filhos cada vez mais cedo, sendo que a idade das mães em estudo varia de dezesseis a trinta e três anos, sendo quatro casadas e três solteiras. Uma mãe possui ensino fundamental completo, uma possui ensino fundamental incompleto, duas com ensino médio incompleto e três de ensino médio completo. Cinco mães não trabalham, uma é operadora de caixa e outra é diarista. Quanto a religião duas mães são católicas e quatro são evangélicas. Todas elas recebem de um a três salários mínimos. Duas moram em casa alugada, uma cedida e três são próprias. Sendo que duas mães moram com mais de uma pessoa, totalizando duas pessoas residentes e outras duas moram com mais duas, totalizando três pessoas e três delas moram com mais quatro, totalizando cinco pessoas.

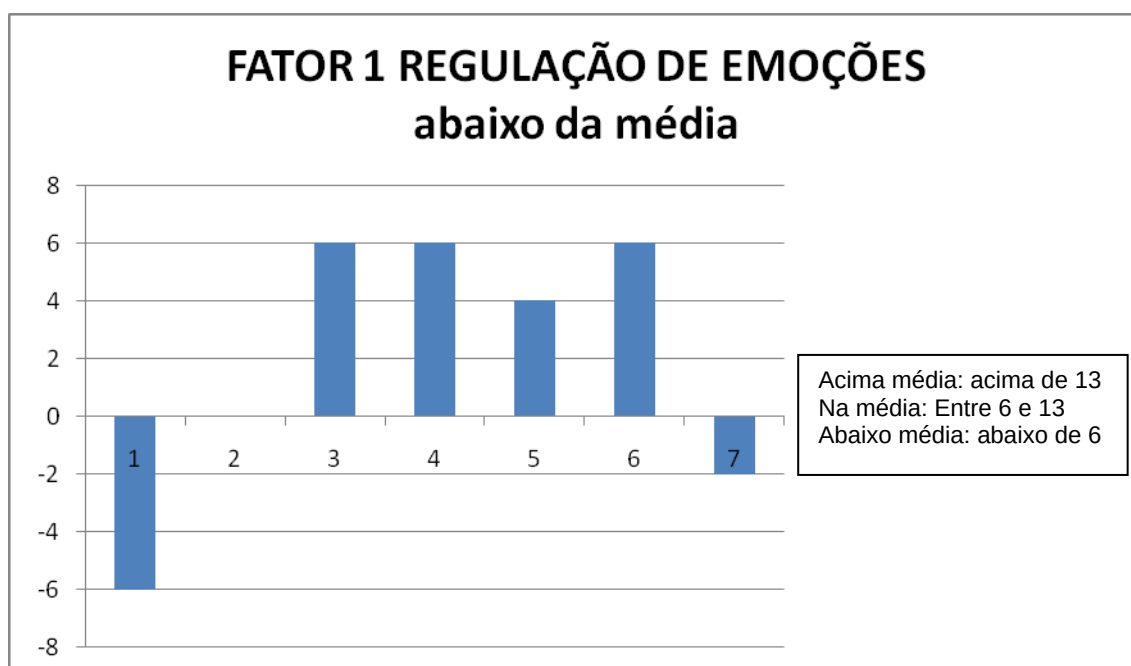
DADOS SOBRE A GRAVIDEZ						
PRIMEIRO FILHO	GRAVIDEZ PLANEJADA	ACEITO PELO PARCEIRO	ACEITO PELOS FAMILIARES	PERÍODO GESTACIONAL	DURAÇÃO GESTACIONAL	COMPLICAÇÕES NO PARTO
Sim	Não	Sim	Sim	Conturbado	40 semanas	Sim
Sim	Não	Sim	Não	Conturbado	30 semanas ou menos	Sim
Sim	Não	Sim	Sim	Tranquilo	31 à 33 semanas	Sim
Não	Não	Sim	Sim	Tranquilo	34 à 36 semanas	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Conturbado	37 semanas	Não
Não	Não	Sim	Sim	Conturbado	30 semanas ou menos	Sim
Não	Não	Sim	Sim	Tranquilo	30 semanas ou menos	Sim

Fig. 2 – Quadro com dados sobre a gravidez

Podemos observar, na figura 2, que das sete mães que participaram do estudo, três são mães pela primeira vez e quatro não. A gravidez, para seis mães, foi planejada, sendo que todas receberam a aceitação do parceiro e da maioria dos familiares, somente para uma não houve aceitação dos familiares. Quatro mães responderam que o período gestacional foi conturbado e três responderam que foi tranquilo. Quanto a duração da gestação, para uma mãe foi de quarenta semanas, uma de trinta e sete semanas, uma de trinta e quatro semanas e três de trinta semanas ou menos. Cinco mães apresentaram complicações no parto e duas não.

Os resultados em relação ao segundo objetivo específico, ou seja, verificar possíveis indicadores de resiliência em mães de bebês de risco é demonstrado nos gráficos abaixo.

Fig. 3 – Gráfico do Fator Regulação das Emoções

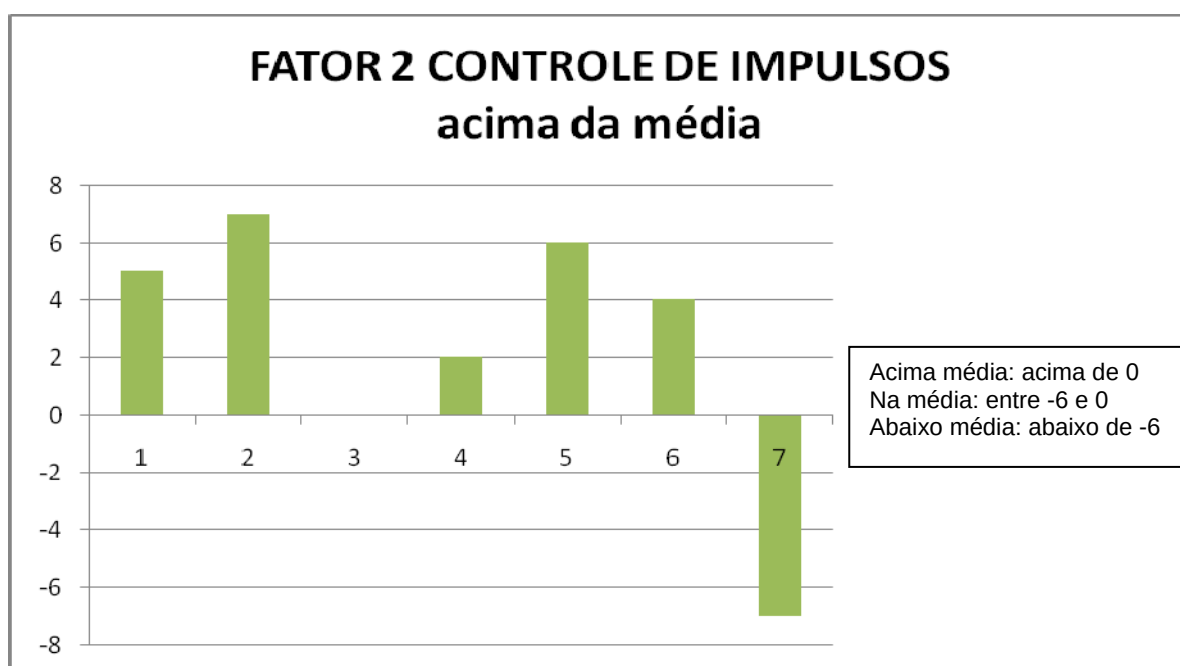


Como podemos observar o fator Regulação das Emoções apresentou resultados abaixo da média para as sete participantes. A regulação das emoções está relacionada com o equilíbrio da emoção. Sendo que a emoção, de acordo com Ferreira (1999), representa uma reação intensa e breve do organismo a um lance inesperado, a qual se acompanha de um estado afetivo de conotação penosa ou agradável.

Reivich e Shatté (2002) afirmam que os sujeitos que apresentam inabilidade em regular suas emoções, são mais negativos, tendo maior dificuldade de construir e manter amizades, são mais difíceis nas relações de trabalho, sendo mais propensos ao adoecimento.

O sujeito que se vê agindo de acordo com sua emoção, mesmo conseguindo identificar a influência de seus pensamentos em seu humor e se preparando para uma discussão, ainda assim, poderá ter afetada sua habilidade em focar no que precisa ser feito, afirma Belancieri (2007). Como é o caso das mães em estudo. A inabilidade em administrar as emoções afeta os cuidados ao recém-nascido?

Fig. 4 – Gráfico do Fator Controle dos Impulsos

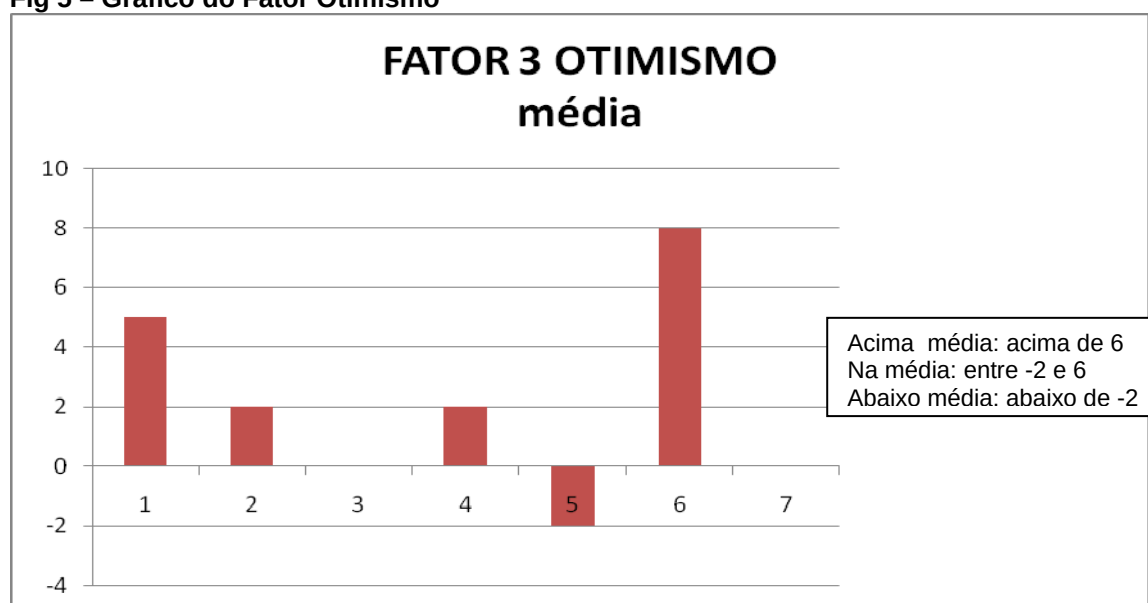


Os resultados do fator Controle dos Impulsos, de acordo com o gráfico acima, entram em contradição com o anterior, Regulação das Emoções, uma vez que encontra-se acima da média para seis mães, somente uma está abaixo da média. Controlar aqui significa ter domínio de si mesmo, conter-se, dominar-se. Na qual o impulso, está coerente com o ímpeto, o abalo e a estremeação, segundo Ferreira (1999).

Para Reivich e Shatté (2002), o fator Regulação das Emoções esta intimamente ligada ao fator Controle dos Impulsos, uma vez que, ambas se fundem em crenças similares. Assim, como Belancieri (2007) acreditamos que

esta contradição poderá consumir muita energia, uma vez que ao mesmo tempo, falta a habilidade de regular as emoções, no entanto, apresentam um alto controle dos impulsos. A autora revela que sujeitos que não conseguem administrar suas emoções são menos efetivos para lidar com a adversidade e resolver problemas.

Fig 5 – Gráfico do Fator Otimismo

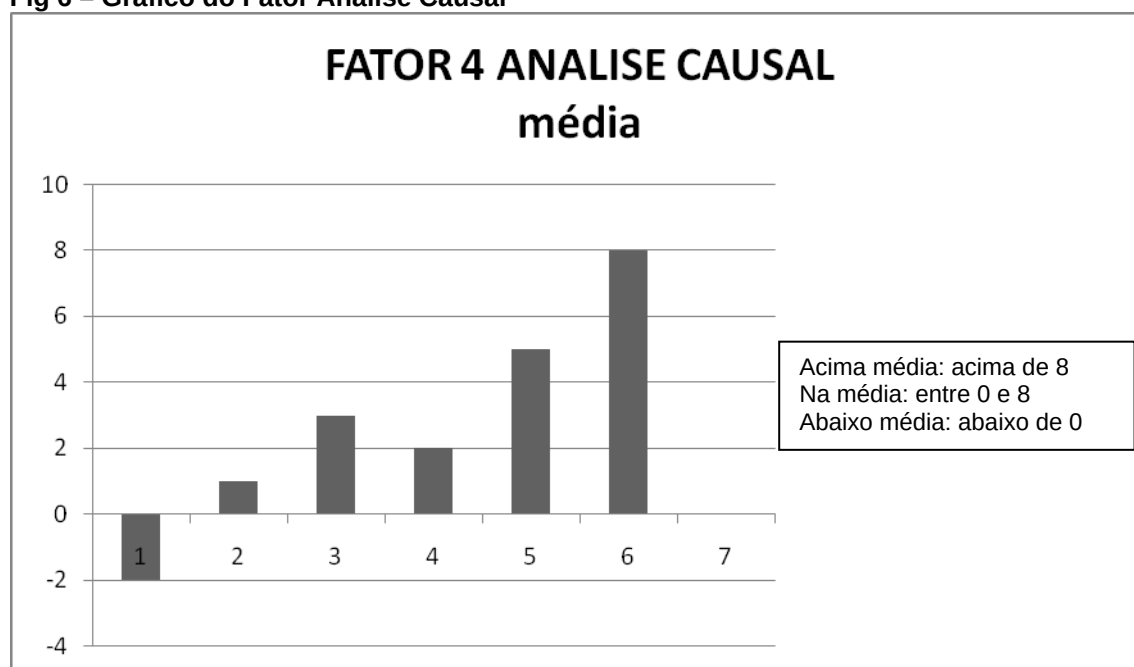


No fator Otimismo, seis mães encontram-se na média, sendo que apenas uma está acima da média. Para Ferreira (1999), o otimismo é a atitude em face dos problemas humanos ou sociais que consiste em considerá-los passíveis de uma visão global positiva, do quê resulta uma posição geral mais ativa e criadora, opondo-se ao pessimismo.

Para Reivich e Shatté (2002) o otimismo é a habilidade que nos capacita a ter o domínio daqueles elementos que estão sob controle, resultando em soluções bem sucedidas dos problemas.

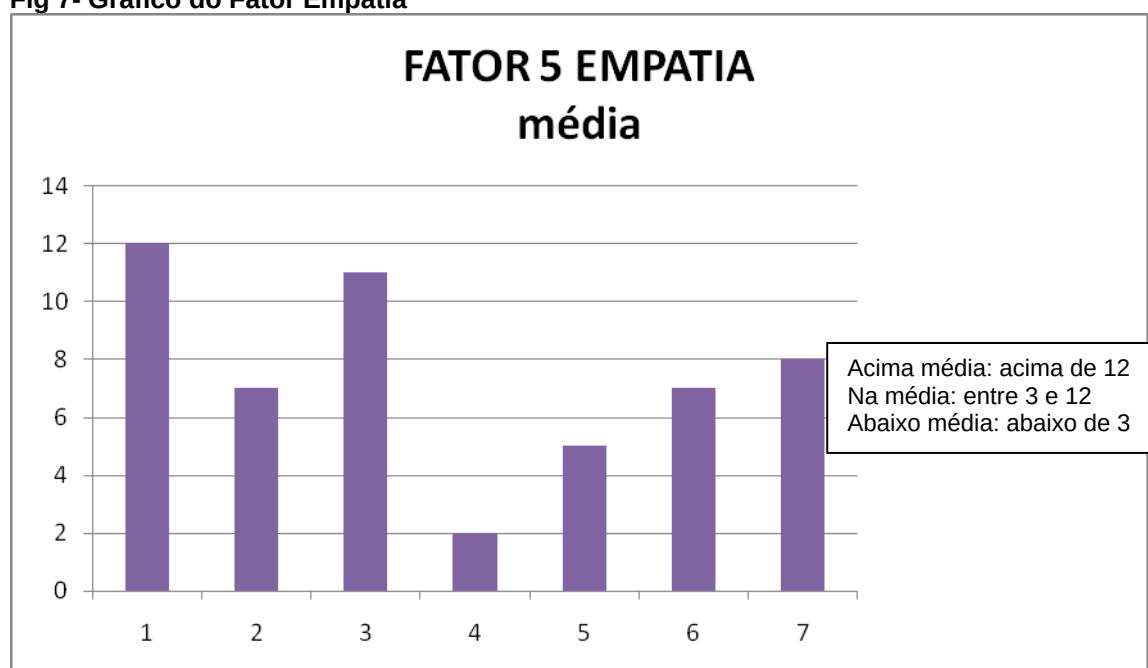
Belancieri (2007) e Affonso (2007) afirmam que um sujeito otimista é aquele que se imagina tendo sucesso no futuro, sendo que, poucas vezes, preocupa-se se serão avaliados negativamente.

Fig 6 – Gráfico do Fator Análise Causal



No fator Análise Causal, seis mães encontram-se na média e uma abaixo da média. De acordo com Belancieri (2007), Affonso (2007) e Reivich e Shatté (2002) os sujeitos que se encontram na média, apresentam uma capacidade de identificar e avaliar com precisão as causas de seus problemas, são flexíveis e conseguem significar todas as causas de adversidades que enfrentam.

Fig 7- Gráfico do Fator Empatia

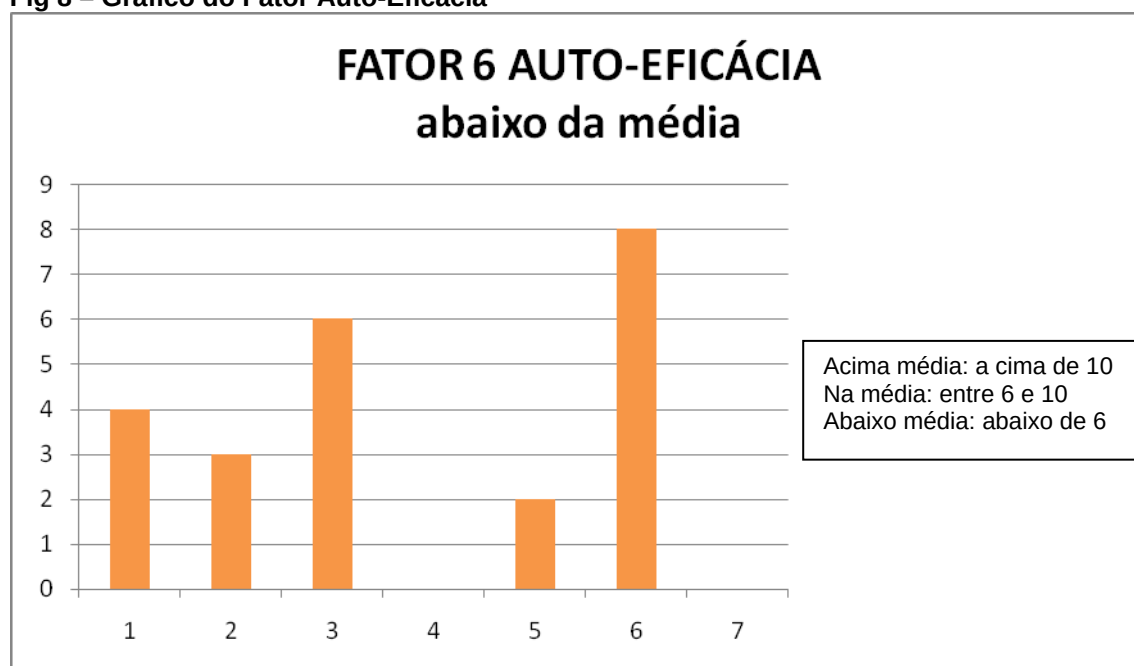


No fator Empatia, as mães também se encontram na média. A Empatia, de acordo com Ferreira (1999), é a tendência para sentir o que se sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas por outra pessoa.

Belancieri (2007) afirma que pessoas empáticas são capazes de reconhecer as emoções alheias, de entender a razão dos sentimentos e das reações das pessoas.

Segundo Reivich e Satté (2002), algumas pessoas conseguem interpretar a linguagem não-verbal dos outros (expressões faciais e corporais, tom de voz) e determinar o que a pessoa está pensando e sentindo.

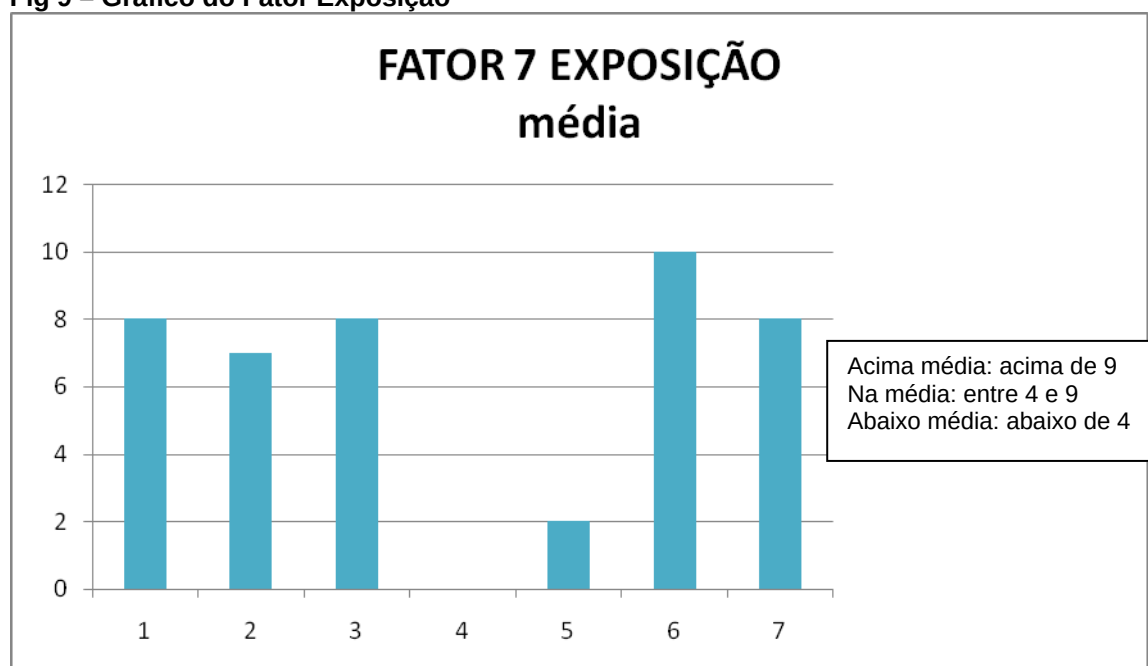
Fig 8 – Gráfico do Fator Auto-Eficácia



No fator Auto-eficácia, seis mães apresentam-se abaixo da média, sendo que somente uma encontra-se na média. Auto-eficácia está intrinsecamente ligada ao fator otimismo, representando o modo pela qual essas mães teriam que produzir o efeito desejado com elas mesmas, agindo de forma a produzir bons resultados para si.

A Auto-eficácia, de acordo com Reivich e Shatté (2002), representa as crenças com as quais podemos resolver os problemas que possam surgir, no cotidiano pessoal ou profissional, de maneira bem sucedida. As pessoas que não possuem auto-eficácia, não têm confiança em si e se sentem perdidas e, mesmo sem intenção, sintoniza-se com suas dúvidas, buscando sempre conselhos com outros, não acreditando em sua própria capacidade. Este é um fator que poderá auxiliar a mãe no enfrentamento e cuidados ao bebê de risco.

Fig 9 – Gráfico do Fator Exposição



No fator Exposição, quatro mães encontram-se na média, duas estão abaixo da média e uma acima da média. Esse resultado nos leva a crer nem todas as mães, gostam de se expor.

De acordo com Reivich e Shatté (2002), Belancieri (2007) e Affonso (2007) a capacidade de expor-se, auxilia na busca por atenção e investimento de outras pessoas, visando a resolução dos problemas. Esse investimento pode ficar comprometido pelo medo de explorar os verdadeiros limites de suas capacidades.

As mães em estudo foram avaliadas em sete fatores de resiliência obtendo-se os seguintes resultados: No fator Regulação das Emoções apresentou resultados abaixo da média para as sete participantes, que entra em contradição com o fator Controle dos Impulsos, que encontra-se acima da média para seis mães, somente uma está abaixo da média. No fator Otimismo, seis mães encontram-se na média, sendo que apenas uma está acima da média. No fator Análise Causal, seis mães encontram-se na média e uma abaixo da média. No fator Empatia, as mães também se encontram na média. No fator Auto-eficácia, seis mães apresentam-se abaixo da média, sendo que somente uma encontra-se na média. No fator Exposição, quatro mães encontram-se na média, duas estão abaixo da média e uma acima da média.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo tivemos, especificamente, dois objetivos: levantar o perfil da mãe quanto aos dados sociodemográficos e da gravidez, bem como verificar indicadores de resiliência em mães de bebês de risco.

Assim, em relação ao primeiro objetivo, traçamos o perfil sociodemográfico dessas mães, com idade variando entre dezesseis e trinta e três anos, sendo a maioria casada, com ensino fundamental completo, não trabalhando fora, todas de classe média baixa.

Sendo que o perfil quanto à gravidez é de que a maioria não são mães pela primeira vez, não houve planejamento da gravidez, no entanto, foi aceita, inclusive pelos parceiros e familiares. O período gestacional foi conturbado, com duração menor do que o esperado (36 semanas), havendo complicação no parto.

Respondendo ao segundo objetivo deste estudo, a verificação de indicadores de resiliência em mães de bebês de risco, não podemos afirmar que todas são resilientes, uma vez que, de acordo com a literatura, sujeitos resilientes são aqueles que encontram-se na média em todos os fatores (BELANCIERI, 2007; AFFONSO, 2007). Mas é possível tecer algumas considerações:

- Em relação aos fatores Regulação das Emoções e Controle dos Impulsos, em que, encontramos resultados contraditórios, uma vez que o primeiro, ficou abaixo da média e o segundo acima da média, fenômeno este que dificulta a administração das emoções de maneira adequada. Assim, acreditamos que essas mães merecem uma atenção maior por parte dos profissionais de saúde e do próprio sistema de saúde, na viabilização de programas de promoção da resiliência, visando o fortalecimento dessas mães para que possam lidar mais adequadamente com as situações de adversidades, como é o nascimento de um bebê de risco.
- O resultado abaixo da média para o fator Auto-Eficácia, reforça nossas sugestões, uma vez que o elevado consumo de energia para conseguir enfrentar a condição de mãe de bebê de risco afeta sua capacidade de resolução de problemas, de forma competente e bem sucedida, bem como afetando sua saúde e qualidade de vida.

A maternidade é extremamente importante para a maioria das mulheres, e merecem esforços na busca de aspectos preventivos e promocionais da saúde física e mental. E o conceito de resiliência materna, trás um importante aspecto no estudo e compreensão da condição humana em situações de adversidade, deslocando o foco da doença e prejuízos para a saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, C. **A liberdade assistida de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e seus fatores de proteção:** uma análise sob o olhar da Psicologia Sócio-Histórica. 2007, 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BARBOSA, L. A. H. **Obstetrícia prática.** Rio de Janeiro: Editora Científica, 1981.

BEE, H. A. **Criança em Desenvolvimento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BELANCIERI, M.F. **Promoção do processo de resiliência em enfermeiras:** uma possibilidade? 2007. 203f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BOWLBY, J. The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. **International Journal of Psycho-Analysis**, V.11, N.5, P.143-155.1940.

BOWLBY, J. **Apego e perda:** a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BOWLBY, J. **Apego e perda:** separação. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

BRAZELTON, T. **O desenvolvimento do apego:** uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

CAPLAN, G. **Principles of Preventive Psychiatry.** Nova York : Basic Books ,1964.

CASSIDY, J. **The nature of child's ties.** New York: The Guilford Press, 1999.

CORTINA, M. at MARRONE, M. **Attachment theory and the psychoanalytic process.** London: Whurr Publishers. 2003.

ERIKSON, E.H. **Growth and Crises of the Healthy Personality.**Nova York: Alfred Knopf:, 1959.

FERREIRA, A.B. H. **Dicionário de Língua Portuguesa:** Novo Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GOLSE, B. **O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998.

GONSALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. Campinas: Alínea, 2001.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In MELLILO, A.; OJEDA, E. N. S. **Resiliência**: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 23-38.

JUNQUEIRA, M. F. P. S; DESLANDES, S.F. Resiliência e maus tratos a crianças. **Caderno de Saúde Pública**. Rio Janeiro, v.19, n. 1, p. 227-235 jan/fev. 2003.

KAPLAN, H. B. **Toward an understanding of resilience**: a critical review of definitions and models. New York: Plenum Press, 1999.

KNUPPEEL, R. **Alto risco em obstetrícia**: um enfoque multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

LUTHAR, S.S. The construct of resilience: implications for interventions and social policies, In: *Development and Psychopathology*, v.12, p.857-885. 2000.

MICHAELIS. **Dicionário Básico Michaelis**. São Paulo: Melhoramentos, 1995

MAHLER, M. **O processo de separação-individuação**. Porto-Alegre: Artes Médicas, 1982.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. Petrópolis: Vozes, 1976.

REIVICH, K; SHATTÉ, A. **The Resilience factor. 7 essential skill for overcoming life's inevitable obstacles**. New York- USA: Brodway Books-Random House, 2002.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, v.57, n.3, p.316-331, 1987.

TAVARES, J. **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2002.

WINNICOTT, D. W. **Os Bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

YUNES, M.A.M. **A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda.** 2001. 155f.Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) - Pontifica Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

YUNES, M.A.M. e SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J.(org). **Resiliência e educação.** São Paulo: Cortez, 2001.

ANEXOS

ANEXO I - QUESTIONÁRIO DO QUOCIENTE DE RESILIÊNCIA (RQ-Test)

Complete os 56 itens do Teste de Resiliência (Reivich, K & Shatté, A.,2002). Não gaste muito tempo em nenhum item; você deve demorar cerca de 10 minutos no total. Use a seguinte escala para avaliar cada item no quanto cada um deles é verdadeiro para você.

1= nunca é verdade

2= raramente verdade

3= poucas vezes verdade

4= quase sempre verdade

5= sempre verdade

____ 1. Quando tento resolver um problema, eu acredito nos meus instintos e escolho a primeira solução que me ocorre.

____ 2. Mesmo que eu me prepare antecipadamente para uma discussão com meu chefe, um colega de trabalho, meu esposo (a), ou meu filho (a), eu ainda me vejo agindo emocionalmente.

____ 3. Eu me preocupo com a minha saúde futura.

____ 4. Eu sou bom em afastar qualquer coisa que me distraia da minha tarefa.

____ 5. Se a minha primeira solução não funcionar, eu sou capaz de voltar atrás e continuar tentando diferentes soluções até achar uma que funcione.

____ 6. Eu sou curioso.

____ 7. Eu sou incapaz de aproveitar emoções positivas de modo que me ajudem a focar em uma tarefa.

____ 8. Eu sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.

____ 9. Eu prefiro fazer algo no qual eu me sinto confiante e relaxado do que algo que é desafiador e difícil.

____ 10. Ao olhar as expressões faciais alheias, eu reconheço as emoções que as pessoas estão expressando.

____ 11. Eu cedo ao impulso de desistir quando as coisas dão errado.

____ 12. Quando um problema surge, eu penso em várias soluções possíveis antes de tentar resolvê-lo.

- ____ 13. Eu posso controlar o modo como me sinto diante de situações muito difíceis.
- ____ 14. O que as outras pessoas pensam ao meu respeito não influi no meu comportamento.
- ____ 15. Quando ocorre um problema, eu estou atento aos primeiros pensamentos que surgem na minha mente sobre ele.
- ____ 16. Eu me sinto mais confortável em situações nas quais eu não sou o único responsável.
- ____ 17. Eu prefiro situações nas quais eu posso depender da habilidade de uma outra pessoa do que da minha.
- ____ 18. Eu acho melhor acreditar que os problemas são controláveis, mesmo que nem sempre isto seja verdade.
- ____ 19. Quando surge um problema, eu penso cuidadosamente sobre o que o causou antes de tentar resolvê-lo.
- ____ 20. Eu tenho dúvidas quanto a minha habilidade em resolver problemas no trabalho ou em casa.
- ____ 21. Eu não perco tempo pensando sobre os fatores que estão fora do meu controle.
- ____ 22. Eu gosto de ter tarefas rotineiras, simples que não mudam.
- ____ 23. Eu sou levado pelos meus sentimentos.
- ____ 24. É difícil para mim, entender a razão dos sentimentos das pessoas.
- ____ 25. Eu sei identificar o que estou pensando e como isto influencia o meu humor.
- ____ 26. Se alguém faz algo que me deixa chateado, eu sou capaz de esperar até um momento apropriado, em que eu esteja mais calmo para discutir.
- ____ 27. Quando alguém tem uma reação exagerada a um problema, eu penso que normalmente é porque está apenas de mau humor no dia.
- ____ 28. Eu espero fazer bem a maioria das coisas.
- ____ 29. As pessoas freqüentemente me procuram para ajudá-las a resolver problemas.
- ____ 30. Eu me sinto perdido para entender a razão das reações das pessoas.
- ____ 31. Minhas emoções afetam minha habilidade de focar no que precisa ser feito em casa, na escola, ou no trabalho.
- ____ 32. Trabalho duro sempre compensa.

- ___ 33. Depois de terminar uma tarefa, eu me preocupo se ela vai ser avaliada negativamente.
- ___ 34. Se alguém está triste, zangado, ou com dificuldades, eu imagino o que ele ou ela possa estar pensando.
- ___ 35. Eu não gosto de novos desafios.
- ___ 36. Não me planejo antecipadamente para as minhas atividades: como trabalho, escola ou finanças.
- ___ 37. Se um colega está chateado, eu tenho quase certeza do porquê.
- ___ 38. Eu prefiro fazer as coisas espontaneamente a planejar antes, mesmo que isto signifique não parecer o melhor.
- ___ 39. Eu acredito que a maioria dos problemas é causada por circunstâncias que estão além do meu controle.
- ___ 40. Eu vejo os desafios como uma forma de aprender e me desenvolver.
- ___ 41. Foi-me dito que eu interpreto mal eventos e situações.
- ___ 42. Se alguém está chateado comigo, eu escuto o que ele (a) tem a dizer antes de reagir.
- ___ 43. Quando me pedem para pensar em meu futuro, eu acho difícil me imaginar tendo sucesso.
- ___ 44. Disseram-me que eu pulo para as conclusões quando surgem problemas.
- ___ 45. Eu me sinto desconfortável quando encontro pessoas novas.
- ___ 46. É fácil para mim “me perder” na leitura de um livro ou em um filme.
- ___ 47. Eu acredito em velhos ditados, “melhor prevenir do que remediar”.
- ___ 48. Na maioria das situações, eu acredito que sou bom em identificar a verdadeira causa dos problemas.
- ___ 49. Eu acredito ter boa habilidade para enfrentar as coisas e respondo bem a maioria dos desafios.
- ___ 50. Meus amigos mais próximos ou mais queridos me dizem que eu não os entendo.
- ___ 51. Eu fico mais confortável em minha rotina diária.
- ___ 52. Eu acho importante resolver problemas, o mais rápido possível, mesmo que isto signifique sacrificar o entendimento total do problema.
- ___ 53. Quando me deparo com uma situação difícil, eu fico confiante de que sairei bem.

- ____ 54. Meus colegas e amigos me dizem que eu não os escuto.
- ____ 55. Se eu decido que quero algo, saio e compro imediatamente.
- ____ 56. Quando discuto um assunto polêmico com um colega ou membro da família, eu sou capaz de controlar minhas emoções.

ANEXO I II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **Bebês de risco e resiliência materna.**

Rua Irmã Armanda, 10-50. Jardim Brasil. Telefone 2107-7000

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Maria de Fátima Belancieri

Local em que será desenvolvida a pesquisa: Associação Hospitalar de Bauru - Maternidade Santa Isabel de Bauru.

- **Resumo:**

Por tratar-se de um conceito relativamente novo no campo da psicologia, a resiliência não apresenta um construto definido e pouco ou quase nada, se tem levado em conta a resiliência materna, de onde surge à importância do desenvolvimento desta pesquisa. O trabalho traz o enfoque na resiliência como forma de “superação”, processo no qual o indivíduo apresenta sentimentos de confiança de que os obstáculos podem ser superados, colocando ênfase nos componentes individuais, “algo interno”. A pesquisa tem como objetivo investigar possíveis indicadores de resiliência em mães de bebês de risco.

Participarão da pesquisa mães de bebês de risco, internadas ou não na Instituição Hospitalar. Os instrumentos para coleta de dados serão a ficha de dados sociodemográficos e a Escala de Resiliência (RQ-Test) de Reivich e Shattè (2002).

- **Riscos e Benefícios:**

Esta pesquisa não apresenta riscos às mães e nem a seus bebês. O resultado deste estudo poderá ser fonte teórica, para elaboração de pesquisas futuras relacionadas, como por exemplo: fortalecimento de recursos internos da mãe e redução de seu estresse.

- **Custos e Pagamentos:**

Não existirão encargos adicionais associados à participação deste estudo.

- **Confidencialidade**

Eu entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma

publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

- **Direito de Desistência**

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente minha vida ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

- **Consentimento Voluntário.**

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Bauru, de de 2007.

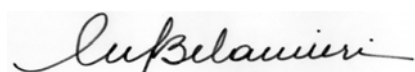
Assinatura do participante da pesquisa

R.G. nº

Eu certifico que expliquei a(o) Sr.(a),
acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua
participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas
e testemunhei assinatura acima.

Juliana Bessa

Patrícia Menegassi



Maria de Fátima Belancieri¹

Pesquisadora Responsável:

¹ **Maria de Fátima Belancieri.** Rua Christiano Pagani, 10-49 Apto 64-B Bauru/SP Cep. 17.047.144 - Fones: (14) 3281-3518 - Cel. (14) 9797-1377 - E-mail: mfbelancieri@hotmail.com

APÊNDICE**FICHA DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS**

→ GERAIS

IDADE: _____

ESTADO CIVIL:

() Solteira () Casada () Viúva () Divorciada () Amasiada

GRAU DE INSTRUÇÃO:

() Ensino Fundamental completo () incompleto

() Ensino Médio completo () incompleto

() Ensino Superior completo () incompleto

TRABALHA? () Sim () Não

OCUPAÇÃO/PROFISSÃO: _____

RELIGIÃO: _____

RENDIA FAMILIAR:

() 1 a 3 salários mínimo por pessoa

() 4 a 6 salários mínimo por pessoa

() 7 a 9 salários mínimo por pessoa

() Superior a 9 salários mínimo por pessoa

RESIDÊNCIA:

() Própria () Alugada () Cedida

COM QUANTAS PESSOAS MORA? _____

→ ESPECÍFICOS

FOI O PRIMEIRO FILHO? () Sim () Não

A GRAVIDEZ FOI PLANEJADA? () Sim () Não

FOI BEM ACEITA PELO PARCEIRO? () Sim () Não

E PELOS FAMILIARES? () Sim () Não

O PERÍODO GESTACIONAL FOI: () Tranquilo () Conturbado

A DURAÇÃO FOI DE:

() 37 semanas () 34 à 36 semanas () 31 à 33 semanas () 30 semanas ou menos.

HOUVE COMPLICAÇÕES NO PARTO? () Sim () Não

QUAIS?
