

ARTIGO DE PESQUISA

O RECÉM-NASCIDO PORTADOR DE MIELOMENINGOCELE: A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ

The newborn with meningomyelocele: the construction of mother-baby bonding

o recién nacido portador de meningomielocelo: la construcción del vínculo madre-bebé

*Rosangela Aparecida Bastos Dias¹,
Maria Filomena Pereira Vancellote Almeida², Grace Ferreira de Araújo³*

Resumo

Foi investigado a percepção materna sobre o vínculo mãe e filho, diante do enfrentamento do distúrbio congênito meningomielocelo. Os objetivos foram identificar os sentimentos das mães sobre o filho, e suas dificuldades com a construção do vínculo. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, com mães cujos filhos nasceram com mielomeningocele, eram menores de oito meses e estavam internados em uma unidade neonatal do Rio de Janeiro. Os resultados mostraram que quanto maior era o engajamento da mãe com o tratamento atual e futuro da criança maior foi o vínculo que se construiu. Esse vínculo foi construído em base individual, de acordo com as características de personalidade de cada mãe, como nível de compromisso materno, sensibilidade entre outros.

Descritores: Mielomeningocele; Enfermagem neonatal; Desenvolvimento infantil; Relação Mãe-Filho

Abstract

It was studied the mothers' perceptions about baby bonding by facing with meningomyelocele congenital disorder. The aims was to identify the mothers' feeling about those children, and their difficulty in building bonding to them. The data had been gathered through semi-structuralized interviews, with mothers of children with meningomyelocele, under eight months old, hospitalized at neonatal unit, Rio de Janeiro. The results showed that the more mothers were engaged in the current and future treatment of their babies the more were their bonding to them. The bond was built based on individual construction according to each mothers characteristics, such as commitment, sensitivity, wish and so forth

Keywords: Meningomyelocele; Child Development; Neonatal Nursing; Mother-Child Relations

Resumen

El estudio investigo la formación del vínculo afectivo madre-hijo con meningomielocelo en la perspectiva de las madres e identificar las sensaciones principales y las dificultades vividas, dentro de un enfoque cualitativo y sus consideraciones. La preocupación con de recién nacidos, hospitalizados, se revela como nuevo diferencial en la asistencia de enfermería en el contexto del cuidar. Los datos habían sido recogidos a través de entrevistas semiestructuradas con las madres de niños portadores de meningomielocelo, con edades entre uno y ocho meses de vida, que habían sido internados en una unidad neonatal, Rio de Janeiro. Los resultados demostraron a la importancia del vínculo madre-bebé y de su participación en el desarrollo y tratamiento actual y futuro del niño con meningomielocelo. La construcción del vínculo se revela como uno de los aspectos constitutivos de la personalidad del individuo, que será influenciado por factores como las características de la madre, temperamento, sensibilidad del niño y el ambiente social donde vive la diada.

Descriptores: Meningomielocelo; Enfermería Neonatal; Desarrollo Infantil; Relaciones Madre-hijo

¹ Enfermeira. Pós-graduanda de Enfermagem em Neonatologia, e-mail rosangelabastosdias@hotmail.com

² Orientadora, Mestre em Enfermagem, Professora Titular da Escola de Enfermagem de Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Rio de Janeiro, e-mail: filomenapv@ig.com.br

³ Co-orientadora, Mestre em Saúde da Mulher e da Criança, Enfermeira responsável pelo Departamento de Urodinâmica do Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, e-mail: gracefa@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A partir da década de 60, houve um rápido crescimento de unidades de cuidados intensivos. Paralelamente a esse crescimento, surge o desenvolvimento tecnológico não imaginado e a disponibilidade de aparelhos invasivos e não-invasivos para medir, monitorar e regular o sistema orgânico. Do mesmo modo, as dimensões do papel da enfermagem nesse ambiente mudaram, tornando-se mais intenso e tecnológico, voltado principalmente para os aspectos biológicos. (ARAÚJO, 2000).

Felizmente, atualmente, em meio a tanta tecnologia, surge o entendimento de que a especialização e a habilidade no uso da tecnologia e na realização dos procedimentos não se caracterizam como cuidado holístico. Com o interesse pelas questões acerca da humanização da assistência, os aspectos psicossociais dos pais dos recém-nascidos prematuros, com ou sem anormalidades congênitas, passaram a ser valorizados por muitos profissionais da área da saúde, em particular os da enfermagem.

A preocupação com os pais de recém-nascidos (RN), hospitalizados em UTI neonatal, mostra-se como um novo diferencial na assistência de enfermagem no contexto do cuidar, surgindo, assim, o cuidar em enfermagem centrado na família da criança hospitalizada. Esta abordagem do cuidar tem como princípio que o recém-nascido se encontra inserido em um contexto familiar, modificando-o e sendo por ele modificado. Assim sendo, os profissionais de enfermagem devem estimular e promover a interação entre a família e o RN, mais especificamente o vínculo mãe-bebê.

A questão do vínculo materno evidencia a importância de um processo complexo que é responsável pelo desenvolvimento social e emocional do recém-nascido, e contribuindo de forma positiva para sua reabilitação dentro e fora do ambiente hospitalar.

Bee (1996) usa o relacionamento pais e filhos para demonstrar a diferença entre apego e vínculo afetivo. O sentimento do bebê em relação a seus pais é um apego, na medida em que ele sente nos pais a base segura para explorar e conhecer o mundo à sua volta. O sentimento dos pais em relação ao filho é mais corretamente descrito por vínculo afetivo, já que os pais não experimentam um

aumento em seu senso de segurança na presença do filho, e tampouco o filho tem para os pais a característica de base segura.

Para Brazelton (1988), o vínculo afetivo entre pais e filhos é um processo contínuo que se inicia na gestação e vai se formando na medida em que as interações vão ocorrendo.

No que tange à formação do vínculo afetivo entre mãe e filho, é importante ressaltar que esta relação fica mais comprometida quando o RN nasce com malformações, por não atender às expectativas dos pais e não ser o bebê sonhado durante toda a gestação.

Importante, ainda, ressaltar que a separação, decorrente da hospitalização do neonato, gera na família sentimentos de tristeza, medo e estresse, pois eles se encontram fragilizados e inseguros quanto à vida de seu bebê. A falta de oportunidade de interagirem efetivamente com seu filho pode levar, também, a um prejuízo do vínculo e ocasionar desordens no relacionamento futuro de ambos.

Esse entendimento é corroborado por Pierre Budin (apud ALMEIDA; FIGUEIREDO. 2003, p. 151) ao descrever que:

Certo contingente de mães abandona seus bebês, cujas necessidades elas não tiveram que satisfazer e por quem elas perderam total interesse. A vida da pequena criança foi salva, é verdade, mas a custo do não-envolvimento da mãe.

A frustração de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo, embalá-lo, em alguns casos é sentida pela mãe de uma forma muito intensa. O medo de ver o bebê tão pequenino e frágil ser submetido a vários procedimentos também é percebido (FIGUEIREDO, 2003).

Diante do exposto, e de minhas observações de que mães de recém-nascidos, portadores de mielomenigocele, vivenciam situações bastante específicas e de distintos sentimentos, relacionados com a quebra de expectativa, quando voltam para casa sem levar seu filho, senti a necessidade de realizar este estudo que tem como objeto: **a formação do vínculo afetivo Mãe-RN portador de mielomenigocele.**

Questões norteadoras

- Quais os determinantes para a formação do vínculo entre mães e filhos?
- Quais os sentimentos vivenciados pelas mães de filhos portadores de mielomeningocele?
- Quais as dificuldades enfrentadas pelas mães?

Objetivos

- Descrever a formação do vínculo afetivo entre Mãe-RN portador de mielomeningocele, na perspectiva das mães.
- Identificar os principais sentimentos e dificuldades vivenciadas pelas mães de RN portador de mielomeningocele.

A relevância do estudo reside no fato de que o profissional de saúde para oferecer um cuidado de enfermagem com qualidade e promover a formação do vínculo afetivo, tão necessário para o desenvolvimento emocional e cognitivo e para recuperação do RN, precisa conhecer as dificuldades vivenciadas pelas mães e seus bebês.

Bowlby (1990) ressalta que “variável alguma tem mais profundos efeitos sobre o desenvolvimento da personalidade do que as experiências infantis no seio da família: a começar dos primeiros meses e da relação com a mãe”.

Nesse sentido, Winnicott (1993) chama a atenção para a capacidade das mães em se dedicar a seus filhos, no momento em que estes precisam de toda a atenção, suprimindo suas necessidades de alimentação, higiene, acalanto ou no simples contato sem atividades, que cria condições necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre duas pessoas.

Considerando a teoria do vínculo, necessidade do amor materno, como um referencial valioso para investigações sobre as interações mãe-bebê, faz-se necessário uma reflexão sobre as possíveis intervenções de promoção e prevenção em saúde coletiva dirigidas para as famílias que estão com seus filhos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, em virtude das conseqüências da mielomeningocele, buscando uma melhor qualidade de vida para os envolvidos nesse processo, através do entendimento e conhecimento do fenômeno.

METODOLOGIA

Na busca de abordar “O RN portador de mielomeningocele: a construção do vínculo materno”, este estudo descritivo caracteriza-se pela natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa como opção metodológica tem como base a necessidade de analisar questões definidas como o estudo e formular explicações e propostas confiáveis.

Segundo Minayo (2003), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, se preocupa, nas ciências sociais, com nível de realidade que não pode ser quantificado, compreendendo e explicando a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalha com a vivência, com a experiência, com o cotidiano e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada.

A abordagem qualitativa considera o significado e a intencionalidade presentes nos atos, nas relações e nas estruturas sociais, na medida em que se levam em conta os níveis mais profundos das relações sociais, as quais não podem ser operacionalizadas em números e variáveis (MINAYO, 2004).

Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada, com mães de filhos portadores de mielomeningocele, com idade entre um e oito meses de vida, os quais estiveram internados em UTI Neonatal. A análise dos mesmos foi realizada através da transcrição das fitas e interpretação das entrevistas realizadas, fundamentadas no referencial teórico, verificando se responderam ou não aos objetivos propostos. As informações obtidas foram separadas por categorias.

De acordo com Pope, Mays (2005), a pesquisa qualitativa utiliza categorias analíticas para descrever e explicar fenômenos sociais. Essas categorias podem ser obtidas gradualmente a partir dos dados, ou usadas dedutivamente, no início ou no decorrer da análise, como uma forma de abordar os dados. Agrupar categorias está tipicamente vinculado a um processo de recortar e colar, isto é, selecionar partes dos dados em temas parecidos ou relacionados e colocá-los juntos.

Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos,

apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, além de oferecer amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Por meio dos relatos das próprias mães envolvidas é que pretendo que esse fenômeno se mostre. Para obter uma compreensão mais global da experiência vivida por elas, a partir de suas próprias perspectivas e percepções, considero que a pesquisa qualitativa se apresentou como um caminho mais coerente ao meu propósito.

As entrevistas foram gravadas após o consentimento das mães, que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). Após a leitura do termo, coloquei-me disponível para esclarecer as dúvidas relacionadas à pesquisa; dessa forma, tentei passar segurança, a seriedade e importância da entrevista, a qual foi guiada por um roteiro (Apêndice 1). Segundo Rudio (1999, p.78):

A entrevista semi-estruturada se apresenta sob a forma de um roteiro preliminar de perguntas que se molda à situação concreta da entrevista, já que o entrevistador tem liberdade de acrescentar novas perguntas a esse roteiro.

Após o término de cada entrevista, as mesmas eram transcritas e guardadas para posteriormente serem analisadas e interpretadas.

Como cenário tive o Instituto Fernandes Figueira, uma instituição pública, pertencente à Fundação Oswaldo Cruz, com característica administrativa federal, localizada na cidade do Rio de Janeiro. As mães entrevistadas tiveram sua identidade preservada, onde durante toda a coleta de dados foi respeitada as determinações que constam na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética do próprio Instituto. Havia planejado entrevistar um número maior de mães, porém me deparei com um número reduzido. No momento da coleta não tive a oportunidade de encontrar crianças nascidas e ainda internadas; as que estavam internadas haviam recebido alta no período em que o projeto passava pelos comitês de ética. A demora

na aprovação do projeto dificultou em muito a realização do trabalho, pois já não havia mais recém-nascidos internados na UTI Neonatal, uma vez que haviam recebido alta. Então fui buscar as que tiveram alta na consulta do Ambulatório de Urodinâmica, que é um seguimento do tratamento após a alta, e acabei com isto me beneficiando, pois pude acompanhá-las e observá-las durante a consulta momentos antes de entrevistá-las. O tempo não foi muito favorável, mas consegui perceber que alcancei o momento inicial do surgimento do vínculo que segue evoluindo ao passar dos meses em direção à construção do apego entre mãe e filho, que já requer um processo mais demorado e muito mais complexo.

INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

John Bowlby (1990) estudou o vínculo entre mãe e filho e concluiu que essa ligação era parte de um sistema de comportamento que servia à proteção da espécie, já que os bebês humanos são indefesos e incapazes de sobreviver sozinhos por um longo período de tempo. Desse modo, o apego dos bebês às suas mães ou cuidadores é o que possibilitaria a sobrevivência da espécie.

Na busca de compreender como se mostrava o fenômeno da construção do vínculo mãe e bebê, pude perceber que vários fatores acerca da problemática intervêm por vezes de forma negativa, como fatores sociais, o medo do desconhecido, a preocupação com as consultas, pois envolviam indisponibilidade financeira e de tempo para serem realizadas, além de outros fatores externos que se mostraram ao longo da coleta de dados.

Spada (2004) corrobora ao dispor que a forma como a mãe interage com seu filho é um reflexo do tipo de vínculo que se estabeleceu entre os dois e, na maior parte das vezes, a própria mãe não teve estimulação adequada durante sua infância nem bom vínculo com a própria mãe. Em consequência, a capacidade materna de identificar as solicitações do filho, e respondê-las de maneira adequada, estará comprometida e resultará em sensíveis prejuízos no desenvolvimento da criança.

Assim, cabe a cada mulher tentar identificar e construir suas próprias alternativas referentes às suas dificuldades como mãe. A criança é sensível à infelicidade e à

insatisfação dos pais e sente a carga duplamente grande quando luta com sentimentos de culpa nascidos de sua própria agressividade, porque acredita que a infelicidade doméstica é causada por seus próprios pensamentos e impulsos maus. A confiança na figura dos pais é o principal suporte da criança.

Partindo de uma abordagem qualitativa, que tende a envolver um número menor de sujeitos ou de ambientes do que a pesquisa quantitativa, e tendo em vista as dificuldades encontradas, entre estas a de encontrar mães com crianças nascidas na UTI Neonatal do IFF no curto período de tempo que tive para coleta de dados, ainda assim consegui obter um bom resultado com as amostras obtidas. Entrevistei três mães e essas entrevistas, após a transcrição, produziram vastas quantidades de dados, o que me fez decidir por separar este trabalho por categorias: O momento do diagnóstico; A negação; O medo do desconhecido e A formação do vínculo mãe e filho.

Utilizando-me do benefício do método observacional é que obtive um modo relativamente rápido de reunir essas informações.

O observador pode adotar diferentes papéis, de acordo com o tipo de estabelecimento e de como o acesso foi obtido. A pesquisa observacional baseia-se na atuação do pesquisador como instrumento de pesquisa e documenta o mundo que ele observa (Pope e Mays, 2005).

O momento do diagnóstico

Alguns autores descrevem que, quanto mais cedo a comunicação e o esclarecimento a sobre o diagnóstico, menos os pais alimentaram as fantasias criadas durante os nove meses de gestação em relação ao nascimento de seus filhos idealizados.

Cada família terá uma maneira diferenciada de lidar com o diagnóstico de malformação. De acordo com seus valores pessoais, religiosos e crenças culturais, as reações serão distintas e dependerão de cada história anterior que se encontra em cada família e em cada caso em especial.

“...Ficamos sabendo no pré-natal, no dia em que íamos nos casar, vi no ultra-som que na coluna estava escuro, tinha uma bolinha escura, o

médico parou por horas nos pezinhos e não disse nada, chamou meu marido para conversar, comecei a ficar muito preocupada, quando soube foi um baque, chorei muito sem parar, não conseguia comer...” Antônia

Quanto mais visíveis são os defeitos, mais imediatas são as reações, maiores serão as dúvidas que envolvem o problema. A crise e o enfrentamento começam quando os pais recebem o diagnóstico da doença. Araújo (2000) relata a importância de os pais receberem informações corretas, mesmo que ainda haja indefinição quanto ao diagnóstico e/ou prognóstico. A reação desses pais é de choque e pode ser acompanhada de negação.

“...Foi após o nascimento que soubemos que ela tinha mielomeningocele, tomamos um susto, o que era aquilo, não sabíamos nem falar o nome do problema dela, pesquisamos na internet, nunca tivemos uma situação desta na família, depois o médico explicou que ela nasceu com o finalzinho da coluna aberta...” Maria da Conquista

A negação

A negação é vista por alguns autores como um mecanismo de defesa, que deve ser considerado como resultado da quebra das expectativas, que surgem a partir do momento da constatação da gravidez adquirida, seja de forma planejada ou não pelo casal, e que são esmagadas, a partir do diagnóstico de uma malformação. Para a família, isso pode parecer uma tragédia.

Com o nascimento da criança, a família experimenta a perda do filho “perfeito”, de forma até mais agressiva quando o diagnóstico ocorre na hora do nascimento. Os pais e os demais membros da família devem se adaptar lentamente à situação ou experimentar a dor e ansiedade esmagadoras.

De acordo com Figueiredo (2003), os pais e familiares passam por estágios diferenciados diante o diagnóstico descrito por Kubler-Ross, pesquisador e teórico que desenvolveu conceitos de desgosto e pesar por ocasião de uma perda. O primeiro estágio é o de negação, que se mostrou presente em uma das entrevistadas, cuja filha

ainda vai completar um mês, e que ficou internada por 18 dias na UTI Neonatal. Ela estava fazendo sua primeira consulta após a alta no Ambulatório de Urodinâmica.

*“...Soube, na consulta de pré-natal, estava com 27 semanas de gestação, quando ela nasceu eu já estava sabendo não foi difícil, já tinha outro filho, não tive dificuldade, por enquanto, até agora, nenhuma, **não tem nada demais**, porque eles não falaram nada, dou banho, não trabalho, cuido deles sozinha, **dela agora então principalmente, o tempo todo que ela necessita que chora eu corro para ver, estou sempre à disposição dela**. Não tenho nenhuma dificuldade com ela..” Joana*

Kenner (2001) descreve que nesse primeiro estágio é comum os pais tentarem negar a realidade ou a gravidade da condição do filho; isso lhes permite ter esperança de que a criança possa melhorar.

Observando uma das entrevistadas durante a consulta no Ambulatório de Urodinâmica, pude perceber que a mãe tentava passar muita segurança em relação ao conhecimento da patologia, mas, no momento que a médica lhe questionava, usava termos técnicos como cateterismo, embora parecesse que estava meio em dúvida se estava empregando corretamente os termos certos. Dizia que estava ciente do que significava a mielomeningocele, porém percebi que seu único questionamento foi sobre a evacuação da criança, pois achava que estava exagerada, mamava bastante e evacuava toda hora. Queria saber se era normal. A médica disse que era normal e não tinha nenhuma relação com a mielomeningocele, já que ela mamava bastante. Durante a entrevista, se mostrou tranqüila e disposta a responder às questões, porém de forma pouco detalhada e nesse momento senti a necessidade de conduzir as entrevistas de maneira a obter mais detalhes e alcançar meus objetivos.

O medo do desconhecido

A palavra “susto” se mostrou muito presente nas entrevistas, mesmo nos casos em que estas mães já tinham o diagnóstico de mielomeningocele no período

do pré-natal, pelo fato de ser algo ainda desconhecido, que gerava muitas dúvidas.

De acordo com Heidegger (1996), denomina-se facticidade o fato de o homem ter sido lançado no mundo, independentemente de sua vontade, e essa sua condição existencial o expõe a situações não planejadas, não esperadas por ele, as quais o fazem existir por meio de idéias e de sentimentos acabados e inalteráveis, como um ser exilado em si mesmo.

*“...A mãe tem doença mental, o pai não quis sequer conhecer, queria que a criança fosse dada ao Conselho Tutelar para adoção, mas acompanhamos ela desde o nascimento, quando soubemos após o nascimento **achávamos que era uma coisa muito pior, eu fiquei, meu DEUS como vamos tratar dela, o que é isso**, não conseguia nem falar o nome da doença, procuramos na internet, nunca tivemos uma situação desta na família, foram 2 meses de internação, só eu tinha autorização para acompanhá-la (uma das tias cuidadoras) assinamos e levamos ela para casa.” Maria da Conquista*

*“...Só pensava, **como meu filho vai nascer?**, fiquei perdida, **sabe quando você quer pisar no chão e não acha o chão?**” Antônia*

Segundo Kenner (2001), os pais podem usar mecanismos de enfrentamento para lidar com a tristeza e a preocupação que têm com seu recém-nascido de alto risco, principalmente quando portadores de uma malformação. A negação, a raiva, a culpa (forma que a raiva toma quando se internaliza), o afastamento e a intelectualização são mecanismos de enfrentamento.

Alguns pais tentam se afastar das emoções dolorosas que sentem procurando um significado para a situação e se informando sobre assuntos relacionados a patologia. Esses pais necessitam da certeza de que vão receber informações precisas e ter suas perguntas respondidas cuidadosamente, mas também podem precisar de ajuda para voltar sua concentração para o filho.

A formação do vínculo

O estágio de aceitação leva, na maioria das vezes, no

mínimo vários meses e pode levar até dois anos para ser atingido. Isto justifica a diferença, em relação às posturas tomadas pelas entrevistadas, levando-se em consideração a idade dos seus filhos, respectivamente seis meses, oito meses, e a que ainda vai completar um mês de vida.

“...Foi um susto, não foi fácil nos preparar, nos conformamos, não tinha jeito, mesmo preparada o susto é inevitável na hora que vê, mas entrega nas mãos de DEUS e vamos embora dúvidas sempre tem.” Antônia

Segundo Klaus e Fanaroff (1995), com o nascimento de uma criança malformada, a mãe lastima a perda do seu esperado filho normal. Além disso, ela terá que afeiçoar-se ao filho real defeituoso. O maior passo para reduzir a ansiedade da crise emocional associada ao trauma do nascimento é o início do relacionamento entre a mãe e o filho.

“...É uma babação só a preocupação maior ao levá-la para casa era de como íamos fazer o tratamento, e as dúvidas e se ela chorar muito fui me informando e me tornando mais segura depois que levamos ela para casa, Ah! e o banho que foi avó que deu, pois era pele e osso, estava sempre em dieta, soro muitas cirurgias, mas hoje a médica aumentou a mamadeira e ela ganhou peso, ela recebe muito carinho, ela é muito esperta, fica observando quem vai ser o próximo a pegá-la no colo. A família materna está apaixonada com a Viviane.” Maria da Conquista

“...Nós corremos atrás de tudo de melhor para nosso filho.” Antônia

“...A facilidade do pai é maior para levá-lo às consultas, seu horário e seu trabalho são mais flexíveis...” Antônia

A mãe pediu que o filho de oito meses batesse palminhas, ele bateu timidamente e prontamente ela disse:

“...você não deve ter vergonha, deve ser sem

vergonha”. Antônia

“Ele recebe muito carinho e é muito estimulado.”

Antônia

*“...Apesar do **probleminha** dele não dá trabalho, ele é bonzinho, se ele fosse normal daria muito mais trabalho, o que mais nos incomoda é a quantidade de consultas de acompanhamento do tratamento.” Antônia*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O padrão do vínculo afetivo Mãe-RN, futuramente do apego que irá surgir, e o ego desenvolvido no primeiro ano de vida influenciará na formação da auto-imagem e auto-conceito, fazendo com que as crianças que tiveram um relacionamento de vínculo-apego bem desenvolvido reproduzam uma relação de sucesso entre ambos, tornando-se indivíduos mais seguros e aceitos na sociedade a qual representa.

A informação por parte dos profissionais, quando bem prestada, facilita, e muito, a formação do vínculo entre mãe e filho. É importante enfatizar que trabalhar com crianças significa trabalhar também com seus pais e responsáveis, em especial com atitudes e sentimentos.

Além das questões afetivas outras questões também devem ser levadas em consideração, como as psicológicas, sociais e emocionais, que demonstram grandes significados. Uma das entrevistadas, a poucas horas da entrevista, dizia que teve dificuldades junto ao companheiro, que não queria dar dinheiro da passagem para chegar ao Instituto para a primeira consulta após a alta, e era a primeira das várias consultas a que deverá comparecer nos primeiros 12 meses. Diante das falas das entrevistadas, percebi os fatores que mais interferiam no processo da formação do vínculo e que o Instituto Fernandes Figueira presta um serviço muito positivo e de referência a estas crianças e a seus pais, mostrando um serviço de qualidade e excelência, o qual tive o prazer de vivenciar.

Com os dados obtidos neste estudo, podemos concluir que o diagnóstico precoce, durante a gestação, contribui para a construção do apego. Os pais devem abandonar os sonhos do filho perfeito, superar as fases mencionadas anteriormente para, aos poucos, conseguir

amar e cuidar de seus filhos e, conseqüentemente, terem muito sucesso na formação do vínculo e futuramente construção do apego. Obterão, assim, um futuro melhor para seus filhos, pessoas de personalidades, indivíduos únicos, com capacidade e habilidade para crescer e se desenvolver à sua própria maneira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. P.; FIGUEIREDO, Nélia Maria A. Cuidados para crianças e adolescentes hospitalizados. In: FIGUEIREDO, N. A. de Cols **Ensinando a cuidar da criança**. São Paulo: Difusão, 2003.

ARAÚJO, Grace Ferreira de. **Repercussão do cateterismo intermitente na vida dos pais de crianças portadoras de mielomeningocele**. Dissertação (mestrado) Rio de Janeiro, Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. 2000. 146 p.

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

BOWLBY, J. **Trilogia Apego e Perda**. Volumes I e II. São Paulo. Martins Fontes, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução CNS Nº. 196/1996 e outras. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRAZELTON, T. **O Desenvolvimento do Apego**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1988.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém-Nascido**. São Paulo: Difusão. 2003.

HEIDEGGER, M. **Os pensadores**. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

KENNER, Carole. **Enfermagem neonatal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores. 2001.

KLAUS, MARSHALL H. ,FANAROFF, AVROY A. **Alto risco em neonatologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R. *et al.* **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 80p.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa: na atenção à saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RUDIO, F.V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. Petrópolis: Vozes; 1999.

SPADA, P.V. **Obesidade infantil: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho**. São Paulo: Revinter, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WINNICOTT, D. W. **A Família e o Desenvolvimento Individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.