

Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé¹

Bárbara Figueiredo² (*Universidade do Minho, Portugal*)

Recibido 17 octubre 2002 / Received October 17, 2002)
(Aceptado 18 febrero 2003 / Accepted February 18, 2003)

RESUMO. As transformações sociais e tecnológicas que aconteceram nos últimos anos obrigaram a importantes modificações no comportamento dos pais para com os bebés, cujas repercussões sobre a qualidade da relação emocional e dos cuidados parentais estão ainda muito por investigar. A vinculação materna ao bebé, uma relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de um modo gradual, desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, traduz-se num processo de adaptação mútua no qual mãe e bebé activamente participam, como esclarece o presente artigo. Este estudo teórico pretende essencialmente responder à questão fundamental de saber “o que estimula ou promove o vínculo dos pais com o bebé?”. Visa assim contribuir para melhorar a nossa compreensão das diversas dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação ao bebé, procurando em particular esclarecer a importância dos factores hormonais, cujo papel não tem sido suficientemente considerado neste processo. O papel de outros factores é igualmente analisado, como seja o tipo de parto, a dor no parto e os métodos usados com vista à sua redução, a quebra no contacto precoce da mãe com o bebé e as competências e disponibilidade interactiva do recém-nascido.

1 Trabalho desenvolvido com o apoio do Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Calouste Gulbenkian. Queremos agradecer à Dra. Alexandra Pacheco e à Dra. Raquel Costa toda a sua motivação e empenho que muito contribuíram para a realização deste artigo.

2 Correspondência: Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4700-320 Braga (Portugal). E-Mail: bbfi@iep.uminho.pt

PALAVRAS CHAVE. Vinculação materna ao bebé. Contacto precoce mãe-bebé. Competências interactivas do bebé. Estudo teórico.

ABSTRACT. Recently implemented social and technological changes have several implications for the parental behavior toward the baby, but its repercussions on the parental emotional involvement and care still need to be investigated. Maternal attachment toward the infant, a unique emotional long-term relationship, gradually established from the mother's first contact with the baby, is a process of mutual adaptation in which the mother and the baby actively participate, as the present article clarify. This theoretical study is essentially aimed to the fundamental question of "*what may stimulate or promote the parental attachment with the baby?*". It intends to implement our knowledge about the dimensions involved on the initial parental attachment with the baby, particularly to light out the importance of the hormonal factors, as the contribution of these have not be sufficiently tacked in account on the maternal attachment process. More factors are also considered, such as: the type of delivery, the delivery pain and the methods used to reduce it, the mother-infant separation at birth, and the newborn's interactive competency and availability.

KEYWORDS. Bonding. Rooming-in. Infant's interactive competencies. Theoretical study.

RESUMEN. Las transformaciones sociales y tecnológicas acontecidas en los últimos años obligaron a importantes cambios en los comportamientos de los padres con sus bebés, cuyas repercusiones sobre la calidad de la relación emocional y de los cuidados parentales están todavía por investigar. La vinculación materna al bebé -relación emocional única, específica y duradera que se establece gradualmente desde los primeros contactos entre madre e hijo- se traduce en un proceso de adaptación mutua en el que madre y bebé participan activamente, tal como se describe en este estudio teórico. Este trabajo pretende responder a la cuestión fundamental de saber lo que estimula o promueve el vínculo de los padres con el bebé. Así, trata de contribuir a la mejor comprensión de las diversas dimensiones desarrolladas en el proceso inicial de vinculación al bebé, procurando en particular de esclarecer la importancia de los factores hormonales, cuyo papel no ha sido suficientemente considerado en este proceso. Es analizado de igual modo el papel de otros factores, como el tipo de parto, el dolor en el parto y los métodos usados en su reducción, la quiebra en el contacto precoz de la madre con el niño y las competencias y disponibilidad interactiva del recién nacido.

PALABRAS CLAVE. Vinculación materna. Contacto precoz madre-bebé. Competencias interactivas del bebé. Estudio teórico.

O que é a vinculação materna ao bebé?

Klaus e Kennell (1976) introduziram o termo "*bonding*" para nos falarem da relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé. Segundo estes autores, esta relação estabelecer-se-ia desde que se verificam os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, seria facilitada pela adequação do sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebé, assim como a sua formação estaria privilegiada num período sensível, localizado nos momentos imediatos ao parto. Robson e Moss (1970), por sua vez,

preferiram a designação “*maternal attachment*” para dar conta da extensão em que a mãe sente que o seu bebé ocupa uma posição essencial na sua vida. Tal como os anteriores, estes autores salientam que, os primeiros momentos e os contactos iniciais entre a mãe e o bebé, são críticos para a qualidade futura dos cuidados maternos e determinantes para o desenvolvimento e bem estar subsequentes do bebé³. Segundo George e Solomon (1999) o sistema de vinculação materna desenvolve-se numa interacção constante com o sistema de vinculação do bebé e tem a mesma função adaptativa: proporcionar a protecção e sobrevivência do bebé. No entanto, contrariamente ao que acontece com a vinculação do bebé, a vinculação materna seria um campo largamente inexplorado. Estes autores assinalam a importância de estudar a vinculação materna e consideram a necessidade de examinar “as dimensões hormonais e fisiológicas envolvidas ... no sentido de contribuir para a compreensão das bases biológicas do comportamento materno” (p. 652).

Este estudo teórico (Montero e León, 2002) destina-se a dar conta das dimensões que interferem na ligação afectiva inicial da mãe ao bebé, embora se inicie com a caracterização do processo de vinculação materna, para melhor situar a questão tratada. Resumidamente, como desenvolvemos a seguir, a ligação afectiva da mãe ao bebé tem sido descrita como um processo de adaptação mútua, que exige tanto da mãe como do bebé, e se estabelece gradualmente, a partir dos momentos iniciais, em que se dão os primeiros intercâmbios entre a mãe e o bebé, geralmente considerados muito determinantes para o relacionamento futuro na díade. No estabelecimento da vinculação da mãe ao bebé interferem numerosas dimensões, de cariz biológico, psicológico e sócio-cultural, que dizem particularmente respeito à gravidez, ao parto e ao pós-parto imediato, e se referem à mãe, mas também ao pai e ao bebé.

A vinculação materna ao bebé é um processo imediato ou estabelece-se de um modo gradual?

A presença de um “período crítico” ou “sensível” para o estabelecimento da resposta emocional da mãe ao bebé, nos momentos imediatos ao parto (Kennell, Trause, & Klaus, 1975), foi assinalada na sequência das investigações sobre o “*imprinting*”, levadas a cabo com mamíferos. Tais estudos verificaram que, no caso de não ter nenhum tipo de contacto logo a seguir ao parto, a mãe rejeita a cria. Este conceito tem vindo, contudo, a ser parcialmente posto em causa, pois embora o período que se segue ao parto ofereça as condições óptimas para o estabelecimento da vinculação da mãe ao bebé, tal não parece observar-se para todas as mulheres, e, mesmo em outros mamíferos, a vinculação materna pode estabelecer-se de um modo apenas gradual (Brockington, 1996). Mais recentemente, também Klaus, Kennell e Klaus (2000), que anteriormente introduziram e defenderam a existência de um período crítico ou sensível para o estabelecimento do *bonding*, vieram, como veremos, a flexibilizar a sua posição inicial.

3 A investigação empírica tem vindo a contribuir com evidências para esta formulação, tal como veremos ao longo do artigo (ver também Figueiredo, 2001a, para uma revisão).

Hoje temos fortes indicações para pensar que a ligação afectiva da mãe ao bebé se estabelece de um modo relativamente gradual (MacFarlane, 1979; Robson & Moss, 1970; Stern, 1980; Taylor, Adams, Doré, Kumar, & Glover, *en prensa*), a partir daquilo que se verifica durante a gravidez e, mais especificamente, no momento do parto, não sendo, muitas vezes, algo que acontece logo no primeiro contacto que a mãe tem com o bebé. Com efeito, Robson e Kumar (1980), por exemplo, revelaram que cerca de 40% das mães primíparas e 25% das mães multíparas da amostra que estudaram sentiram uma certa indiferença para com o bebé quando pegaram nele nos braços pela primeira vez. As mães referiram ainda que a sua afeição pelo filho demorou alguns dias a instaurar-se, sobretudo nos casos em que o parto fora muito difícil ou doloroso. Também Aidan MacFarlane assinalou que, apenas 41% das mães da amostra que estudou sentiram já durante a gravidez uma afeição especial pelo bebé, sendo que 24% desenvolveram essa afeição logo após o nascimento do filho. No entanto, muitas mães referiram-se à semana seguinte ao parto (27%) e algumas (8%) disseram que uma semana após o parto não sentiam ainda nenhum afecto especial pelo bebé (MacFarlane, Smith, & Garrow, 1978). Newton e Newton (1962) foram uns dos primeiros investigadores a observarem que, a seguir ao parto, apenas 25% das mães se mostram extremamente contentes, enquanto que algumas (11%) se mostram indiferentes ou mesmo desgostosas com o bebé. Estes autores assinalaram ainda certas características que se associavam à falta de envolvimento emocional da mãe com o bebé: baixo nível educacional, pobreza, pouca cooperação durante o parto e dor durante o parto. Contudo, num estudo que realizámos sobre uma amostra de 100 mães primíparas, verificámos que, 3 a 5 dias após o parto, é reduzido o número de mães que não tem sentimentos (7.6%), está zangada (9.3%), desiludida (5.6%) ou triste (13.1%) com o bebé, sendo que a maior parte sente muita afeição (72%) e está muito contente (72.9%) com o bebé (Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, *en prensa*). Também numa investigação conduzida na Federação Russa, 77.9% das mães reportaram sentimentos de afeição pelo bebé logo no primeiro momento que o viram; enquanto que apenas 1.6% admitiram que não sentiam nada pelo bebé nos dias seguintes ao parto, sendo que as restantes (20.5%) referiram que a sua afeição pelo bebé aconteceu durante o dia ou no dia seguinte ao parto (Risk, Nasser, Thomas, & Ezimokhai, 2001). A maior parte dos autores refere ainda que a vinculação materna se fortalece ao longo do primeiro ano de vida, observando uma ligação muito mais forte ao bebé nos meses que se seguem ao parto, quando comparada com os valores do *bonding* no pós-parto imediato (*e.g.*, Taylor *et al.*, *en prensa*).

O parto é geralmente considerado uma experiência difícil, pela maior parte das mães, o que resulta fundamentalmente da dor que é sentida, e existem algumas evidências empíricas que a dor sentida durante o parto, interfere no estado emocional da mãe após o parto (*e.g.*, Lyons, 1998), assim como na sua disponibilidade para se ligar afectivamente ao bebé (*e.g.*, Figueiredo *et al.*, *en prensa*; Newton & Newton, 1962; Robson & Kumar, 1980; Niven, 1988; Thune-Larsen & Moller-Pedersen, 1988). No estudo que nós mesmas realizamos e já referimos (Figueiredo *et al.*, *in press*), e à semelhança do que foi observado pelos autores supracitados, quando procuramos predizer a qualidade da vinculação materna nos primeiros 3 a 5 dias após o parto, tendo em conta, quer um conjunto de variáveis sociais e demográficas (nomeadamente, a idade e o nível sócio, económico e

educacional da mãe), quer as condições relativas ao parto (como seja, o tipo de parto eutócito/distócito, o uso de ocitocina, o recurso a analgesia epidural e a dor no parto), verificámos que a intensidade da dor (durante o trabalho de parto e logo a seguir ao parto) era a melhor e única variável, susceptível de explicar 12.8% da grandeza do envolvimento emocional inicial da mãe com o bebé, sem que nenhuma das outras variáveis consideradas no estudo tivesse qualquer tipo de contribuição explicativa suplementar. Com base nestes resultados pode concluir-se que a intensidade da dor de parto é uma dimensão relevante na qualidade do envolvimento emocional da mãe com o bebé, sendo que quanto maiores são os níveis de dor, menor é o *bonding* materno ao 3º-5º dia do puerpério.

A vinculação materna ao bebé apenas depende da mãe ou é um processo de adaptação mútua no qual também participa o bebé?

Não sendo sempre um dado imediato, a vinculação materna tem sido descrita como um processo gradual de envolvimento afectivo da mãe com o bebé, que se constrói na dependência do desenvolvimento de determinadas competências por parte do bebé, pelo que o bebé participa na ligação afectiva que a mãe vai ter com ele. O mesmo será dizer que o comportamento do bebé interfere na vinculação materna que por isso não é um processo unidireccional (Klaus *et al.*, 2000). Bowlby (1969, 1976) assinalou a presença de um certo número de comportamentos inatos, tais como sorrir e seguir visualmente a mãe, que se destinam a colocar o bebé em contacto com a mãe. Estes comportamentos, que ocorrem logo à nascença, são activados pela presença de determinados estímulos do meio e vão actuar como “desencadeadores sociais das respostas instintivas da mãe” (Bowlby, 1976, p. 39), cumprindo assim a sua função – de ligar o bebé à mãe e de ligar a mãe ao bebé. O bebé tem um enorme poder para desencadear e activar a vinculação materna (*e.g.*, George & Solomon, 1999). Com efeito, as competências interactivas do bebé, nomeadamente o contacto ocular e a possibilidade que tem de produzir determinadas expressões faciais, como seja o sorriso (Eibl-Eibesfeldt, 1989), ou ainda, a sua competência para imitar a mãe, permitem uma activação do envolvimento emocional mútuo na díade. Isso acontece porque tais condutas transmitem à mãe a ideia de que o bebé lhe está a responder, atraindo a sua atenção e fazendo com que mantenha o seu interesse e investimento, o que por sua vez estimula o envolvimento do bebé (Figueiredo, 2001a). O sorriso, por exemplo, catalisa o envolvimento emocional da mãe, como testemunha o aumento do prazer e do tempo despendido pela mãe no contacto com o bebé (Richards, 1971). A generalidade das mães sente o bebé como uma pessoa estranha e revela insegurança na relação e nos cuidados do bebé até às 4 semanas. No entanto, a partir dessa altura, o bebé começa a reconhecer a mãe e a mãe, por sua vez, a sentir o bebé como uma pessoa verdadeira. O envolvimento materno cresce significativamente a partir desse momento. Robson (1967), por exemplo, evidenciou que o envolvimento emocional da mãe com o bebé aumenta, a partir do momento em que o bebé está capaz de olhar para ela, às 4 semanas; e aumenta mais ainda, quando o bebé está capaz de manter o contacto ocular. Verificou ainda que o envolvimento emocional da mãe com o bebé estava ausente em determinadas situações, como seja no caso de a mãe não ter desejado o bebé e no caso de o bebé ter dificuldades ao nível da sinalização social ou chorar excessivamente (Robson & Moss, 1970). Entretanto, outros estudos mostraram também

que nas circunstâncias em que são reduzidas as competências do bebé para participar na interacção com a mãe e para sinalizar o seu interesse e disponibilidade nos contactos com a mãe, como se verifica por exemplo na prematuridade, o intercâmbio e envolvimento dos pais com o bebé podem consequentemente ficar lesado (e.g., Loureiro & Figueiredo, 2000). Na opinião de mais autores, nomeadamente Stern (1980), a aquisição de certas competências comunicativas por parte do bebé tem vastas repercussões no investimento afectivo da mãe. Por exemplo, a possibilidade que o bebé tem de fixar o seu olhar no da mãe e de manter o contacto ocular mútuo assim estabelecido, tem consequências na aproximação afectiva da mãe, pois ela tem uma “primeira impressão subjectiva de que o bebé é um ser humano totalmente capaz de reacções, e de que a relação entre os dois é verdadeira” (Stern, 1980, p. 51). Do mesmo modo que o contacto ocular mútuo, as vocalizações em simultâneo e a imitação parecem igualmente ter um importante impacto no desenvolvimento precoce da ligação afectiva da mãe ao bebé (Stern, 1974). Não sendo comportamentos que se dêem ao acaso, pois consistem em respostas específicas ao interlocutor, testemunham que uma verdadeira comunicação está a acontecer e indicam que a mãe foi especialmente escolhida para esse propósito. Assim, a ligação afectiva da mãe ao bebé estabelece-se progressivamente e em estreita relação com o desenvolvimento das competências do bebé para se mostrar um ser eminentemente social e afectivo, ou seja, em estreita relação com a ligação afectiva do bebé à mãe (Figueiredo, 1996; George & Solomon, 1999). Como assinalam Brazelton e Cramer (1989), quando o bebé se torna capaz de demonstrar aos pais, primeiro, que prefere os estímulos humanos aos estímulos não-humanos, e, depois, que os prefere a eles aos restantes estímulos humanos, é impossível que os pais não caiam sob o domínio do bebé.

Quais as dimensões da mãe que interferem na vinculação materna ao bebé?

No processo de vinculação materna ao bebé interferem dimensões biológicas, psicológicas e sócio-culturais (e.g., Fleming & Corter, 1988). As dimensões biológicas, psicológicas e sócio-culturais que interferem no processo da vinculação materna ao bebé dizem respeito à gravidez, ao parto, e ao pós-parto imediato. Podem ainda, como veremos a seguir, ser referidas à mãe, ao pai e ao bebé. Dado que no ponto anterior falamos das dimensões que dizem respeito ao bebé e interferem na vinculação materna, este ponto dedica-se exclusivamente às dimensões que directa ou indirectamente dizem respeito à mãe.

Que dimensões biológicas interferem na vinculação materna ao bebé?

Certos autores têm vindo a comentar as modificações hormonais relacionadas com a gravidez e o parto, salientando que “as mudanças hormonais que se seguem ao parto não têm qualquer comparação possível com nenhum outro acontecimento biológico, em termos quer da sua rapidez quer da sua magnitude”(O’Brien & Pitt, 1994, p. 103), “a produção hormonal em volta do parto mostra ser a mais dramática de todas as mudanças metabólicas” (Wieck, 1996, p. 17). A nível hormonal, nos dias que se seguem ao parto, acontece uma diminuição muito significativa dos valores de progesterona e de estrogénio, que foram progressivamente aumentando ao longo da gravidez, assim como se verifica

um aumento brusco dos valores de prolactina, sempre que a mãe amamenta o bebé, induzindo a produção de leite (Gyton, 1986). Aos aumentos graduais de progesterona e estrogénios, em cerca de 100 a 200 vezes, durante a gravidez, corresponde assim uma queda abrupta nos valores dessas hormonas depois do parto, pois em poucos dias devem voltar aos níveis anteriores à gravidez (O'Brien & Pitt, 1994; Wieck, 1996). Por sua vez, observa-se ainda um aumento significativo dos valores de ocitocina nos momentos finais da gravidez e, sobretudo, por ocasião do parto e da amamentação do bebé; sendo que esta hormona é responsável pelo aumento das contracções uterinas que desencadeiam o parto, assim como pela secreção de leite (Gyton, 1986). Consequentemente, em relação às dimensões hormonais que podem estar envolvidas na vinculação materna, o parto caracterizar-se-ia sobretudo por aumentos muito significativos nos valores de ocitocina e de cortisol (Gitau, Menson, Pickles, Fisk, Glover e MacLachlan, 2001; Taylor, Littlewood, Adams, Doré, & Glover, 1994) e o pós-parto por decréscimos muito significativos nos valores de progesterona e estrogénio, assim como por aumentos e variações importantes nos valores de ocitocina e de prolactina, no caso de a mãe optar pela amamentação ao peito do bebé.

Embora variável, o impacto psicológico e comportamental das drásticas alterações hormonais consubstanciar-se-ia, segundo diversos autores, na emergência de uma forma breve e moderada de perturbação do humor na sequência do parto (Figueiredo, 2001b), que designaram “*blues* pós-parto” e observaram em 50 a 80% das puérperas (Illes, Gath, & Kennerley, 1989; Yalom, Lunde, Moss, & Hamburg, 1968)⁴. Globalmente, o *blues* pós-parto traduzir-se-ia num aumento da reactividade da mulher aos estímulos e garantiria a sua aproximação ao bebé, tão necessária a sobrevivência deste (Miller & Rukstallis, 1999). Com efeito, a maior parte dos autores concorda hoje que este desequilíbrio emocional é uma consequência específica do parto e reflecte apenas os grandes reajustes hormonais⁵ que a mulher tem de operar nos momentos que se seguem ao nascimento do bebé (e.g., Gelder, 1978; Parry, 1999; Stein, 1982)⁶. Alguns autores vêem assim no *blues*

⁴ Com efeito, muitos estudos empíricos dão conta que, por volta do 3º ou 4º dia após o parto, e durante 1 a 3 dias, a maior parte das mulheres sente-se mal física e psicologicamente, tanto exalta energia e alegria, como de repente chora, aparentemente sem motivo (e.g., Stein, 1982; Yalom *et al.*, 1968), exhibe elevada preocupação com o bebé, pode ter dificuldade em dar de mamar e em cuidar do bebé (e.g., Pitt, 1973), mostra ansiedade e tensão, que pode chegar à irritabilidade e hostilidade para com os outros (e.g., Lanczik *et al.*, 1992). Note-se, contudo, que os sintomas nucleares do *blues* pós-parto são, não a tristeza, que não é considerada sintoma principal, mas sim a labilidade de humor e as crises de choro (e.g., Kennerley & Gath, 1989; Sutter, Leroy, Dallay, & Bourgeois, 1998; Yalom *et al.*, 1968).

⁵ As variações hormonais que parecem estar mais implicadas na etiologia do *blues* pós-parto são: a queda de progesterona (Gelder, 1978; Nott, Francklin, Armitage, & Gelder, 1976), a baixa de estrogénios (Appleby, 1990; Kennerly & Gath, 1989), e o aumento de prolactina (George, Copeland, & Wison, 1980). Outros estudos têm vindo a salientar a importância dos níveis elevados de cortisol na etiologia do *blues* pós-parto (e.g., Taylor *et al.*, 1994). Estas hormonas são aquelas que, como já referimos, estão mais sujeitas a drásticas variações nos momentos que se seguem ao parto (Hendrick & Altshuler, 1999; O'Brien & Pitt, 1994; Wieck, 1996). O leitor poderá consultar Figueiredo (2001b) para uma revisão sobre este assunto.

⁶ Em favor desta hipótese, o facto de as mulheres com história anterior de tensão pré-menstrual estarem mais em risco de desenvolver *blues* pós-parto (Hapgood, Elkind, & Wright, 1988; Illes *et al.*, 1989; Nott, Francklin, Armitage, & Gelder, 1976; O'Hara, Schechte, Lewis, & Wright, 1991; Yalom *et al.*, 1968) e o facto de as mulheres que desenvolvem *blues* pós-parto estarem mais em risco de desenvolver perturbações psicológicas

pós-parto uma resposta normal e importante para a sobrevivência da espécie, que facilitaria a aproximação da mãe necessária à sobrevivência do bebé (Miller & Rukstallis, 1999; Nonacs & Cohen, 1998). Para estes autores “os mamíferos têm um sistema neurobiológico único que é activado pelas mudanças hormonais do pós-parto e que promove o comportamento de vinculação inicial entre mães e recém-nascidos” (Miller & Rukstallis, 1999, p. 14). O *blues* pós-parto – considerado como um aumento da reactividade emocional aos estímulos – constituir-se-ia, deste modo, na expressão subjectiva da activação puerperal do sistema biológico que promove a ligação afectiva da mãe ao bebé.

No mesmo sentido, uma outra linha de estudos tem procurado averiguar como se relacionam o comportamento e envolvimento da mãe com o bebé com as alterações hormonais que se verificam na sequência da gravidez e parto. Estimulados por verificações experimentais conduzidas sobre diversas espécies animais, que mostraram como o comportamento materno está na dependência do controle hormonal, assim como pela elevada similaridade nas hormonas relacionadas com a gravidez e parto entre essas espécies (Keverne, 1995), alguns investigadores procuraram estudar e mostraram que, também no homem, o *bonding* materno depende de dimensões hormonais (Fleming, O’Day, & Kreamer, 1999; Fleming, Rubble, Krieger, & Wong, 1997; Numan & Sheehan, 1997; Rosenblatt, 1980; Rosenblatt, Olufowobi, & Siegel, 1998; Taylor et al., em prensa). Fleming, por exemplo, conclui que, à semelhança do que se verificou em muitas espécies animais, as hormonas maternas têm um importante papel (embora não exclusivo) na acuidade sensorial, na tranquilidade emocional e na procura de proximidade com o bebé. As mães que amamentam ao seio o bebé tendem a ser mais sensíveis para com o bebé, o que foi explicado pelo aumento nos valores de prolactina verificados em consequência desta mesma circunstância (Eibl-Eibesfeldt, 1989). Por sua vez, quando acontece que os lábios do bebé tocam os mamilos da mãe na primeira hora de vida, a mãe geralmente decide mantê-lo por mais tempo junto de si do que quando tal não se verifica (Windstrom, Wahlburg, Matthiesen, Eneroth, Uvnas-Morberg e Winburg, 1990). A atenção dos investigadores tem vindo mais recentemente a fixar-se sobre o papel da ocitocina na vinculação materna, tendo em conta a importância que esta hormona parece desempenhar no envolvimento emocional (Hazan & Zeifman, 1999). Verificações empíricas mostraram que as mães cujos partos foram induzidos por ocitocina apresentam valores mais elevados de *bonding* ao bebé durante o pós-parto, enquanto que as mães que tiveram analgesia epidural de par-

na menopausa (Woods & Mitchell, 1996). Os sintomas destas três perturbações são, aliás, considerados muito similares e decorrem exactamente das mesmas variações hormonais (Brockington, 1996; O’Brien & Pitt, 1994), embora as quedas que se verificam no ciclo menstrual não sejam tão abruptas quanto aquelas que se verificam na sequência do parto (Wieck, 1996). Ainda em favor desta hipótese, o facto de as mudanças de humor nos momentos imediatos ao nascimento do bebé não terem sido relacionadas: nem com variáveis sócio-demográficas (e.g., O’Hara, Zekosky, Philipps, & Wright, 1990), nem com complicações obstétricas na sequência do parto (e.g., Pitt, 1973), nem com a vulnerabilidade prévia à doença psicopatológica (e.g., Kennerley & Gath, 1989), nem com circunstâncias adversas de vida (Yalom *et al.*, 1968), nem com o suporte social que a mãe pode estar no momento a beneficiar (e.g., Hapgood *et al.*, 1988).

to, que reduz a produção de ocitocina (Klaus *et al.*, 2000), evidenciam valores significativamente inferiores (Taylor *et al.*, *in press*). Por sua vez, a produção de ocitocina é também estimulada pela amamentação ao seio, “que tem um efeito tranquilizante sobre a mãe e tende a aumentar o elo que tem com o bebê, efeito pelo qual a ocitocina foi chamada de “hormona do apego” (Klaus *et al.*, 2000, p. 85).

Tal como explicam Taylor *et al.* (*in press*), “o aumento gradual dos níveis de estrogênio que se verifica durante a gravidez, parece estimular o cérebro para o tornar mais responsivo ao aumento específico de certas outras hormonas, tal como da ocitocina, que tem lugar durante o trabalho de parto e parto. Mostrou-se que as grandes mudanças na concentração destas hormonas induzem comportamentos adequados de cuidados em várias espécies. No entanto, quase nada se sabe acerca da importância destes mecanismos na mulher” (p.3).

Que dimensões psicológicas interferem na vinculação materna ao bebê?

O estudo das dimensões psicológicas associadas à vinculação inicial da mãe ao bebê tem vindo essencialmente a desenvolver-se no âmbito de duas questões essenciais: o impacto da qualidade da relação conjugal e o impacto do estilo de vinculação da mãe no seu envolvimento emocional com o bebê. Os estudos empíricos mostram que, as mães que possuem relações mais positivas e íntimas e beneficiam de maior apoio por parte dos companheiros, têm geralmente um envolvimento mais favorável com o bebê (*e.g.*, Isabella, 1994). O mesmo se verifica com as mães que têm uma representação segura da vinculação, dado que se observou que eram capazes, não só de um maior envolvimento emocional com o bebê, como ainda, de estabelecer interações mais adequadas com ele (*e.g.*, Halft & Slade, 1989). Dado que as dimensões psicológicas não são aqui alvo preferencial da nossa análise, chama-se à atenção do leitor interessado para a recente revisão desta matéria levada a cabo por Belsky (1999).

Que dimensões contextuais interferem na vinculação materna ao bebê?

O contexto de parto interfere na vinculação materna ao bebê?

Existem inúmeras evidências empíricas de como as circunstâncias relacionadas com a gravidez e o parto interferem significativamente no estabelecimento do envolvimento afectivo da mãe com o bebê, assim como na qualidade dos cuidados que lhe providencia, e, conseqüentemente, no futuro desenvolvimento da criança (Figueiredo, Costa, & Pacheco 2002). A substituição progressiva dos partos em casa pelos partos em meio hospitalar, iniciada há cerca de 100 anos, permitiu extinguir quase por completo a mortalidade materna e reduzir drasticamente a morte neonatal do recém nascido (*e.g.*, MacFarlane, 1979). No entanto, as conveniências de organização dos hospitais fizeram também com que os bebês fossem retirados às mães para poderem ser mais bem cuidados do ponto de vista médico. A partir dos anos 50, houve uma preocupação crescente junto dos técnicos de saúde para com a circunstância de não se estar a permitir às mães conhecer e cuidar do bebê logo a seguir ao parto. Defendeu-se então a ideia de que as

mães não só podem responder muito melhor às necessidades do bebé⁷ como podem retirar um enorme prazer do contacto inicial com ele, o que reverteria favoravelmente no estabelecimento da relação e nos cuidados do bebé, nomeadamente “porque a mãe volta a casa já familiarizada com o bebé” (Brockington, 1996, p. 329). Mais recentemente ainda, a presença do pai por altura do parto foi também favorecida, igualmente no sentido de encorajar o seu envolvimento com o bebé.

A partir dos anos 50, os investigadores começaram então a estudar os efeitos do “*roming-in*” (prática de manter juntos a mãe e o bebé a seguir ao parto), inicialmente sobre as atitudes e o comportamento da mãe, e mais tarde sobre o desenvolvimento da criança. Verificou-se que, o facto de se providenciar a mãe um período de contacto com o bebé, logo a seguir ao parto, se traduzia num aumento do sentimento de competência e de auto-confiança materna (Greenberg, Rosenber, & Lind, 1973; Shea, Klatskin, & Jackson, 1952) e num decréscimo da incidência de práticas parentais inadequadas, particularmente da ocorrência de maus tratos à criança (O’Connor, Viezte, Sherrod, Sandler, & Altmeier, 1980). Observou-se, mais ainda, que o contacto corporal mãe-bebé, nos momentos imediatos ao parto, resulta em efeitos positivos na interacção mãe-bebé, observados quer a curto quer a longo prazo. Na clássica investigação de Klaus e Kennell (1976), verificou-se — junto das mães que usufruíram contacto corporal com o bebé nos momentos que se seguiram parto — uma maior proximidade com o bebé um mês depois do parto, estratégias mais eficazes de apaziguamento ao ano de idade e mais estimulação verbal aos 2 anos de idade da criança (Kennell *et al.*, 1975; Klaus *et al.*, 1972). Segundo os autores deste estudo, a relação encontrada verifica-se porque, logo a seguir ao parto, existe um período óptimo à ligação afectiva da mãe ao bebé e ocorrem “um grande número de interacções recíprocas ... que determinam o futuro da ligação afectiva mãe-bebé” (Kennell *et al.*, 1975, p. 88)⁸. Estes estudos mostraram que o intercâmbio inicial entre a mãe e o bebé, estabelecido durante o período que se segue ao parto, através da amamentação ou do contacto corpo a corpo, tem efeitos positivos e duradouros, nomeadamente na qualidade futura dos cuidados e do envolvimento materno. Levaram a que se concluísse que o parto é um momento privilegiado para o estabelecimento da ligação afectiva da mãe com o bebé, com impacto no evoluir da relação entre ambos e no subsequente desenvolvimento e bem estar da criança.

As razões pelas quais os momentos que se seguem ao parto são considerados favoráveis à vinculação materna foram encontradas nas alterações hormonais maternas que já referimos, assim como em dimensões psicológicas da mãe que passámos a assinalar. Por sua vez, como veremos, existem igualmente razões que têm a ver com o bebé, que também em muito contribuem para que o estabelecimento da vinculação mãe-bebé esteja facilitado nesse momento.

⁷ Foi nesta altura que se começou a defender que a mãe teria um maior conhecimento das necessidades do bebé e especialmente saberia melhor como interpretar o seu choro.

⁸ Resultados semelhantes foram obtidos em outros estudos realizados em diversos contextos culturais (*e.g.*, DeVries, Wellemans-Camus, & Landeur-Heyrant, 1993; Windstrom *et al.*, 1990), designadamente no nosso país (Gomes, 1982).

No que se refere à mãe, mudanças hormonais relacionadas com o pós-parto tornam, como vimos, a mãe mais sensível ao bebé e mais disponível para a ligação afectiva, durante as primeiras horas do puerpério (*e.g.*, Fleming & Corter, 1988). Decorrente deste incremento hormonal, as mães tendem a estar mais eufóricas e receptivas para a ligação emocional no período que se segue ao parto (Simpson, 1999). Por outro lado, a maior parte das mães considera o momento em que viu pela primeira vez o bebé como o mais importante acontecimento da sua experiência de maternidade (Lee, 1995). Mas, a importância dos momentos imediatos ao parto no estabelecimento da ligação afectiva mãe-bebé deve-se, não só à elevada sensibilidade da mãe durante esse período, como ainda ao facto de o bebé estar, no decorrer das primeiras 24 horas de vida, particularmente atento e disponível para a interacção com o meio, mais do que estará no mês seguinte (Field, 1990). Existe, por outro lado, uma interacção entre estas dimensões, verificando-se, por exemplo, que o grito de fome do bebé causa um aumento na temperatura dos seios das mães que estão a amamentar os seus filhos, que promove a aproximação da mãe ao bebé (*e.g.*, Frodi & Thompson, 1985). O recém-nascido está particularmente alerta e disponível para a formação do vínculo com a mãe durante as primeiras horas de vida, particularmente 20 a 30 minutos depois do parto. Este período de alerta activa pode estar envolvido na promoção do *bonding* inicial entre o bebé e a mãe. “Logo depois do nascimento, na primeira hora de vida, os bebés normais passam por um período prolongado de alerta calmo que dura em média quarenta minutos, durante o qual olham directamente para o rosto e os olhos da mãe e do pai e podem responder às vozes que escutam Neste estado, a actividade motora é suprimida, e toda a energia do bebé parece canalizada para ver, escutar e responder” (Klaus *et al.*, 2000 p. 56). No entanto, embora o período que se segue ao parto seja muito propício ao estabelecimento do *bonding* inicial, pelas inúmeras razões atrás apresentadas, seria muito arriscado para a sobrevivência da espécie que essa fosse a única oportunidade para que tal possa acontecer (Simpson, 1999). A investigação conduzida neste domínio mostra ainda que, de acordo com as práticas que são definidas pela instituição, quanto mais a mãe está envolvida e participa nas decisões relativas ao parto, assim como nos cuidados a prestar ao bebé logo a seguir ao parto, maior é a sua satisfação e o seu envolvimento emocional com o bebé (*e.g.*, DeVries *et al.*, 1993). As condições de parto que facilitam o contacto precoce da mãe com o bebé, favorecem o estabelecimento da ligação afectiva da mãe ao bebé (*e.g.*, DeVries *et al.*, 1983; Kennell *et al.*, 1975; Gomes, 1982; Windstrom *et al.*, 1990). Enquanto isso, a presença de sentimentos ambivalentes para com o bebé — nomeadamente, o desagrado para com algum aspecto, como, por exemplo, com o sexo do bebé — parece entrar o estabelecimento da ligação afectiva da mãe ao bebé, verificando-se, meses mais tarde e em consequência disso, interacções mãe-bebé menos adequadas (Carek & Cappeli, 1981).

O tipo de parto interfere na vinculação materna ao bebé?

A vinculação materna ao bebé parece depender ainda do tipo de parto. Com efeito, um importante número de investigadores mostrou que a ligação afectiva da mãe ao bebé está favorecida no parto normal, em relação ao que acontece na sequência de uma cesariana (Bradley, Ross, & Warnyca, 1983; Cranley, Hedhal, & Pegg, 1983; Cummins, Scrimshaw, & Engle, 1988; Garel, Lelong & Caminsky, 1987; Hwang, 1987; Marut e Mercer, 1979;

Tulman, 1986)⁹¹⁰. DiMatteo *et al.* (1996), por exemplo, realizaram uma extensa revisão da literatura sobre este assunto e concluíram que o parto por cesariana implica um vasto conjunto de consequências adversas sobre a mãe e o bebé. Os resultados mais robustos sugerem que as mães que fizeram uma cesariana, sobretudo quando a cesariana não foi planeada, quando são comparadas com as mães que tiveram um parto normal, expressam uma reacção inicial menos positiva para com o bebé, a qual se mantém 6 semanas depois do parto. A razão para estas evidências empíricas pode residir no facto de ser habitualmente maior o espaço de tempo que medeia o parto por cesariana e o primeiro contacto com o bebé, o que comprometeria a qualidade da interacção e o envolvimento emocional da mãe (Kearney, Cronenwett, & Reinhart, 1990; Tulman, 1986), mas também pode decorrer do facto de a mãe expressar níveis menores de satisfação com o parto, quando foi alvo de cesariana (ver Figueiredo *et al.*, 2002).

Por sua vez, certos autores têm vindo a assinalar que o tipo de parto se relaciona igualmente com os níveis hormonais da mãe, os quais podem ser responsáveis pelo seu estado de humor assim como pelo grau em que se envolve afectivamente com o bebé, como referimos anteriormente, podendo ainda ter implicações no comportamento neonatal do bebé. Veremos, nos estudos apresentados a seguir, que dimensões respeitantes ao estado neo-natal do bebé em consequência do tipo de parto podem também interferir na vinculação materna, já que esta é uma dimensão interactiva, que beneficia do envolvimento do bebé, como já assinalámos. Estudos recentes verificaram que aos partos instrumentais (fórceps e ventosas) se associam níveis mais elevados de cortisol, os quais, foram separadamente observados, quer nas mães (Taylor *et al.*, 1994), quer nos bebés (Gitau *et al.*, 2001), e testemunhariam que estes partos são acontecimentos mais stressantes, que podem comprometer a disponibilidade para a vinculação inicial, por parte da mãe e do bebé¹¹. Tais níveis de cortisol, no que se refere especificamente ao bebé, são significativamente mais elevados nos partos instrumentais do que se observa nos partos eutócitos, aos quais, por sua vez, se associam níveis de cortisol significativamente mais elevados do que os níveis observados nos partos por cesariana, que, neste sentido, seriam, para os autores deste estudo, os partos menos *stressantes* para o bebé. O grau de *stress* e a dor que o bebé sente durante o nascimento interferem, por sua vez, no seu subsequente comportamento e disponibilidade interactiva, e por conseguinte podem interferir na vinculação materna ao bebé. Por outro lado, valores significativamente menos elevados de ocitocina e de cortisol no sangue foram encontrados em mães que foram submetidas

9 Note-se, contudo, que em alguns estudos os efeitos do tipo de parto, observados durante os primeiros dias, não parecem manter-se em níveis estatisticamente significativos quando a qualidade da relação é avaliada mais tarde no puerpério (*e.g.*, Tulman, 1986).

10 Em clara oposição com os resultados dos estudos apresentados no parágrafo anterior, Field e Windmayer (1980) verificam que, embora as mães com parto por cesariana percepcionem de forma mais negativa o trabalho de parto e o parto, 4 e 8 meses após o parto, estas mães percepcionam de forma mais favorável o temperamento e têm expectativas mais realistas acerca do desenvolvimento dos seus filhos, do que as mães que tiveram um parto normal.

11 Verificou-se ainda que os bebés que nasceram por fórceps ou ventosa, tem uma reactividade aumentada ao *stress*, ainda às 8 semanas de vida, em relação aos bebés que nasceram por cesariana (Taylor, Fisk, & Glover, 2000).

a analgesia epidural de parto, quando comparadas com mães que não foram submetidas a tal analgesia (Taylor *et al.*, 1994), supondo-se, igualmente, poder haver implicações desta circunstância na vinculação materna ao bebé.

A analgesia de parto interfere na vinculação materna ao bebé?

Outros investigadores, nesta mesma linha de estudos acerca do impacto do tipo de parto sobre a ligação afectiva da mãe ao bebé, interessaram-se por observar os efeitos específicos da analgesia epidural de parto. Estes estudos verificam que o estado neonatal do bebé é negativamente afectado pelo facto de a mãe ter sido submetida a analgesia de parto (*e.g.*, Muhlen, Pryke, & Wade, 1986; Sepkoski, Lester, Ostheimer, & Brazelton, 1992; Walker & O'Brien, 1999), com previsível prejuízo da vinculação materna ao bebé. Muhlen *et al.* (1986), por exemplo, estudaram o efeito do tipo de parto (parto normal, instrumental, induzido, e por cesariana) e da anestesia epidural de parto sobre o comportamento neonatal do bebé, verificando que os bebés das mães que receberam analgesia epidural de parto tinham, aos 28 dias, pior desempenho nas seguintes dimensões da escala de Avaliação do Comportamento Neonatal de Brazelton (*Neonatal Behavioral Assessment Scale*, NBAS): processos motores e resposta ao stress. Estes resultados foram mais recentemente replicados por Sepkoski *et al.* (1992) que, do mesmo modo e usando o mesmo teste, verificaram que os bebés cujas mães tinham feito uma analgesia epidural exibiam pior desempenho do que os bebés cujas mães não tinham sido sujeitas a intervenção anestésica, e isso sobretudo nas sub-escalas resposta de orientação e desenvolvimento motor. Ambas as equipas de investigação consideraram que os efeitos encontrados – da analgesia epidural materna sobre o comportamento neonatal do bebé – são susceptíveis de desorganizar, e, nesse sentido, de afectar negativamente, a interacção precoce do bebé com a mãe, com inevitáveis repercussões ao nível do envolvimento da mãe com o bebé. Também mais recentemente, Walker e O'Brien (1999) procuram avaliar as repercussões da analgesia de parto pelo método epidural sobre um conjunto de dimensões do trabalho de parto e no estado neonatal do bebé, verificando, em mulheres que fizeram analgesia epidural de parto, um maior número de partos instrumentais e de cesarianas, e nos seus bebés, índices de *apgar* menos elevados ao 1º e 5º minutos, do que em mulheres que não recorreram a analgesia epidural e seus bebés.

Assim, para além de terem sido assinaladas algumas dificuldades no comportamento neonatal dos bebés das mães que foram alvo de analgesia de parto, foram igualmente apontadas outras circunstâncias negativas, como o recurso a cesariana (Walker & O'Brien, 1999), o que alguns autores consideram causa e não consequência da analgesia epidural (Hess, Pratt, Sani, Sarna, & Oriol, 2000), as dificuldades no aleitamento materno e aumento da temperatura (Beilin, Leibowitz, Bernstein, & Abramovitz, 1999; Gonen, Korobochka, Degami, & Gaitini, 2000; Klaus *et al.*, 2000), e a diminuição na produção de ocitocina (Klaus *et al.*, 2000), o que tem despertado muita controvérsia em relação a este método de redução da dor¹². O envolvimento da mãe com o bebé depende ainda da complexidade do sistema social no qual ela se insere. Uma relação directa entre a

12 No entanto, tais efeitos não são tão adversos como aqueles que decorrem da anestesia geral (Beilin *et al.*, 1999).

complexidade do sistema social e o envolvimento imediato dos pais com o bebé, tem sido notada por diversos autores (e.g. Lozoff, Jordan, & Malone, 1988), mas não será aqui comentado, por não ser esse o aspecto que pretendemos privilegiar no presente artigo.

Referências

- Appleby, L. (1990). The aetiology of postpartum psychosis: Why are there no answers? *Journal of Reproductive and Infant Psychiatry*, 8, 107-116.
- Beilin, Y., Leibowitz, A. B., Bernstein, H. H., & Abramovitz, S. E. (1999). Controversies of labor epidural analgesia. *Anesthesia and Analgesia*, 89, 969-978.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. En J. Cassidy & P. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 249-264). Nova York: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment et perte: 1. L'attachement*. Paris: PUF.
- Bowlby, J. (1976). A natureza da ligação da criança com a mãe. En L. Soczka (ed.), *As ligações infantís* (pp. 105-153). Lisboa: Livraria Bertrand.
- Bradley, C. F., Ross, S. E., & Warnyca, J. (1983). A prospective study of mother's attitudes and feelings following cesarean and vaginal births. *Birth*, 10, 79-83.
- Brazelton, B. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brockington, I. (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Carek, D. J., & Capelli, A. J. (1981). Mother's reactions to their newborn infants. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 20, 16-31.
- Cranley, M. S., Hedhal, K. J., & Pegg, S. H. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*, 32, 10-15.
- Cummins, L. H., Scrimshaw, S. C. M., & Engle, P. L. (1988). Views of cesarean birth among primiparous women of Mexican origin in Los Angeles. *Birth*, 15, 164-170.
- DeVries, F. G., Wellemans-Camus, M., & Landeur-Heyrant, S. (1993). Influence du climat institutionnel entourant la naissance sur les comportements et les interactions précoces entre la mère et son bébé. *Enfance*, 1, 85-98.
- DiMatteo, M. R., Morton, S. C., Lepper, H. S., Damush, T. M., Carney, M. F., Pearson, M., & Kahn, K. L. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, 15, 303-324.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1989). *Human ethology*. Nova York: Aldine de Gruyter.
- Field, T. (1990). *Infancy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Field, T. M. & Windmayer, S. M. (1980). Developmental follow-up of infants delivered by cesarean section and general anesthesia. *Infant Behavior Development*, 3, 253-264.
- Figueiredo, B. (1996). A interacção mãe-bebé. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 117-132.
- Figueiredo, B. (2001a). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Figueiredo, B. (2001b). Perturbações psicopatológicas da maternidade. En C. Canavarro (ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.

- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2, 203-217.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (en prensa). Dor no parto e vinculação materna ao bebé.
- Fleming, A. S., & Corter, C. (1988). Factors influencing maternal responsiveness in humans: Usefulness of an animal model. *Psychoendocrinology*, 13, 189-212.
- Fleming, A. S., O'Day, D. K., & Kreamer, G. W. (1999). Neurobiology of mother-infant interaction: Experiences and central nervous system plasticity across development and generations. *Neuroscience Biobehaviour Review*, 23, 673-685.
- Fleming, A. S., Rubble, D., Krieger, H., & Wong, P. Y. (1997). Hormonal and experiential correlates of maternal responsiveness during pregnancy and the puerperium in human mothers. *Hormones and Behavior*, 31, 145-158.
- Frodi, A. & Thompson, R. (1985). Infant's affective responses in the strange situation: Effects of prematurity and of quality of attachment. *Child Development*, 56, 1280-1290.
- Garel, M., Lelong, N. & Kaminski, M. (1987). Psychological consequences of caesarean childbirth in primiparas. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 6, 197-209
- Gelder, M. (1978). Hormones and postpartum depression. En M. J. Sandler (ed.), *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (pp. 80-90). Oxford: Oxford University Press.
- George, A. J., Copeland, J. R., & Wilson, K. C. (1980). Prolactin secretion and the postpartum blues syndrome. *British Journal of Pharmacology*, 70, 102.
- George, C. & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. En J. Cassidy & P. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 649-670). Nova York: The Guilford Press.
- Gitau, R., Menson, E., Pickles, V., Fisk, N., Glover, V., & MacLachlan, N. (2001). Umbilical cortisol levels as an indicator of the foetal stress response to assisted vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 98, 14-17.
- Gomes, P. J. (1982). *Influência no comportamento do recém-nascido do contacto precoce com a mãe: Contributo para a interpretação clínica da interacção da díade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonen, R., Korobochka, R., Degami, S., & Gaitini, L. (2000). Association between epidural anaesthesia analgesia and intrapartum fever. *American Journal of Perinatology*, 17, 127-130.
- Greenberg, M., Rosenberg, I., & Lind, J. (1973). First-mothers rooming-in with their newborns: Its impact upon the mother. *American of Orthopsychiatry*, 43, 783-788.
- Gyton, A.C. (1986). *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, SA.
- Halft, W. & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 10, 157-172.

- Hapgood, C., Elkind, G., & Wright, J. (1988). Maternity blues: Phenomena and relationship to later postpartum depression. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry*, 22, 299-306.
- Hazan, C. & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. En J. Cassidy & P.R. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment* (pp. 336-354). Nova York: Guilford Press.
- Hendrick, V. & Altshuler, L. (1999). Biological determinants of postpartum depression. En L. Miller (ed.), *Postpartum mood diseases* (pp. 65-82). Washington, DC: American Psychiatry Press.
- Hess, P.E., Pratt S. D., Soni A. K., Sarna, M. C., & Oriol N. E. (2000). An association between severe labor pain and cesarean delivery. *Anesthesia and Analgesia*, 90, 881-886
- Hwang, C. P. (1987). Cesarean childbirth in Sweden: Effects on the mother and father infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 8, 91-99.
- Illes, S., Gath, D., & Kennerley, H. (1989). Maternity blues: II a comparison between postoperative and postnatal women. *British Journal of Psychiatry*, 155, 363-366.
- Isabella, R. A. (1994). Origins of maternal role satisfaction and its influences upon maternal interactive behavior and infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 17, 381-387.
- Kearney, M. H., Cronenwett, L. R., & Reinhart, R. (1990). Cesarean delivery and breastfeeding outcomes. *Birth*, 17, 97-103.
- Kennell, J. H., Trause, M. A., & Klaus, M. H. (1975). Evidence for a sensitive period in the human mother. En Ciba Foundation (ed.), *Parent-infant interaction* (Vol. 33) (pp. 87-102). Amsterdam: Association Scientific Publishers.
- Kennerley, H. & Gath, D. (1989). Maternity blues: Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 155, 356-362.
- Keverne, E. B. (1995). Neurochemical changes accompanying the reproductive process: Their significance for maternal care in primates and other mammals. En C. R. Pryce, R.D. Martin, & D. Skuse (eds.), *Motherhood in human and nonhuman primates* (pp. 69-77). Basel: Karger.
- Klaus, M. H., Jerauld, R., Wolfe, H., Chesler, Kreger, N.C., Alpine, W., Steffa, M., & Kennell, J. (1972). Maternal attachment. Importance of the first postpartum days. *New England Journal of Medicine*, 286, 460-463.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas Editora.
- Lanczik, M., Spingler, H., Heindrich, A., Becker, T. Kertzner, B., Albert, P., & Fritze, J. (1992). Postpartum blues: Depressive disease or pseudoneurasthenic syndrome. *Journal of Affective Disorders*, 25, 47-52.
- Lee, R. E. (1995). Women look at their experience of pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 16, 192-205.
- Loureiro, E. & Figueiredo, B. (2000). Prematuridade e Maus Tratos à Criança. *Infância e Sociedade*, 3, 48-67.

- Lozoff, B., Jordan, B., & Malone, S. (1988). Childbirth in cross-cultural perspective. *Marriage and Family Review, 12*, 35-60.
- Lyons, S. (1998). A prospective study of posttraumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 16*, 91-105.
- MacFarlane, A. (1979). *A psicologia do nascimento*. Lisboa: Moraes Editores.
- MacFarlane, J. A., Smith, D. M., & Garrow, D. H. (1978). The relationship between mother and neonate. En S. Kitzinger & J.A. Davis (eds.), *The place of birth*. Nova York: Oxford University Press.
- Marut, J.S. & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research, 28*, 260-266.
- Miller, L. & Rukstalis, M. (1999). Beyond the "Blues": Hypotheses about postpartum reactivity. En L. Miller, (ed.), *Postpartum mood disorders* (pp. 3-20). Washington DC: American Psychiatry Press.
- Montero, I. e León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de la metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 503-508.
- Muhlen, L., Pryke, M., & Wade, K. (1986). Effects of type of birth and anesthetic on neonatal behavioral assessment scale scores. *Australian Psychologist, 21*, 253-270.
- Newton, N. & Newton, M. (1962). Mother's reaction to their newborn babies. *Journal of the American Medical Association, 181*, 206-210.
- Niven, C. (1988). Labor pain: Long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 6*, 83-87.
- Nonacs, R. & Cohen, L. (1998). Postpartum mood disorders and treatment guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry, 59* (supp.2), 34-40.
- Nott, P., Francklin, M., Armitage, C., & Gelder, M. G. (1976). Hormonal changes and mood in the puerperium. *British Journal of Psychiatry, 128*, 379-383.
- Numan, M. & Sheehan, P. T. (1997). Neuroanatomical circuitry for mammalian maternal behavior. *Annals of the New York Academy of Science, 807*, 101-125.
- O'Brien, S. & Pitt, B. (1994). Hormonal theories and therapy for postnatal depression. En J. Cox & J. Holden (eds.), *Perinatal Psychiatry*. Londres: Gaskell.
- O'Connor, S., Viezte, P.M., Sherrod, K.B., Sandler, H.M., & Altmeier, W.A. (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics, 66*, 176-182.
- O'Hara, M. W., Schechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry, 33*, 1051-1058.
- O'Hara, M. W., Zekosky, E., Philipps, L., & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and non childbearing women. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 3-15.
- Parry, B. (1999). Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. En L. Miller (ed.), *Postpartum mood disorders* (pp. 21-46). Washington DC: American Psychiatry Press.
- Pitt, B. (1973). Maternity blues. *British Journal of Psychiatry, 122*, 431-433.

- Richards, M. P. M. (1971). Social interaction in the first weeks of human life. *Psychiatra, Neurologia, Neurochirurgia*, 74, 35-42.
- Risk, E. E., Nasser, M., Thomas, L., & Ezimokhai, M. (2001). Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates. *Journal of Perinatal Medicine*, 29, 298-307.
- Robson, K. S. (1967). The role of eye-eye contact in maternal infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 13-25.
- Robson, K. S., & Kumar, R. (1980). Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 136, 347-353.
- Robson, K. S. & Moss, H. (1970). Patterns and determinants of maternal attachment. *Journal of Pediatrics*, 77, 976-985.
- Rosenblatt, J. F. (1980). Hormonal and nonhormonal regulation of maternal behavior: A theoretical survey. *Reproduction, Nutrition, Development*, 20, 791-800.
- Rosenblatt, J. F., Olufowobi, A., & Siegel, H. I. (1998). Effects of pregnancy hormones on maternal responsiveness, responsiveness to estrogen stimulation of maternal behavior and the lordosis response to estrogen stimulation. *Hormones and Behavior*, 33, 104-114.
- Sepkoski, C. M., Lester, B. M., Ostheimer, G. W., Brazelton, T. B. (1992). The effects of maternal epidural anesthesia on neonatal behavior during the first month. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34, 1072-1080
- Shea, N., Klatskin, E.H., & Jackson, E.B. (1952). Home adjustment of rooming-in and non-rooming-in mothers. *American Journal of Nursing*, 52, 65-67.
- Simpson, J.A. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. En J. Cassidy & P.R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment* (pp. 115-140). Nova York: Guilford Press.
- Stein, G. (1982). The maternity blues. En I. F. Brockington & R. Kumar (eds.), *Motherhood and mental illness* (pp. 119-154). Londres: Academy Press.
- Stern, D. (1974). Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behavior. En M. Lewis & L. Rosenbaum (eds.), *The effects of the infant on its caregiver* (pp. 187-213). Nova York: Wiley.
- Stern, D. (1980). *Bebé-mãe: Primeira relação*. Lisboa: Moraes Editores.
- Sutter, A., Leroy, V., Dallay, D., & Bourgeois, M. (1998). Post-partum blues et depression postnatale. En P. Mazet, & S. Lebovici (eds.), *Psychiatrie périnatale – parents et bébés: du projet d'enfant aux premiers mois de vie* (pp. 199-214). Paris: Monographies de la psychiatrie de l'enfant.
- Taylor, A., Adams, D., Doré, C., Kumar, R., & Glover, V. (en prensa) Mother-baby bonding: Correlations with early mood and methods of delivery.
- Taylor, A., Fisk, N. M., & Glover, V. (2000). Mode of delivery and subsequent stress response. *Lancet*, 355, 120.
- Taylor, A., Littlewood, J., Adams, D., Doré, C., & Glover, V. (1994). Serum cortisol levels are related to moods of elation and dysphoria in new mothers. *Psychiatry Research*, 54, 241-247.
- Thune-Larsen, K. B. & Moller-Pedersen, K. (1988). Childbirth experience and postpartum

- emotional disturbance. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6, 229-240.
- Tulman, L. J. (1986). Initial handling of newborn infants by vaginally and cesarean-delivered mothers. *Nursing Research*, 35, 296-300.
- Walker, N. C. & O'Brien, B. (1999). The relationship between method of pain management during labor and birth outcomes. *Clinical Nursing Research*, 8, 119-134.
- Wieck, A. (1996). Ovarian hormones, mood and neurotransmitters. *International Review of Psychiatry*, 8, 17-25.
- Windstrom, A. M., Wahlburg, Matthiesen, Eneroth, Uvnas-Morberg, & Winburg (1990). Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Human Development*, 21, 153-163.
- Woods, N.F. & Mitchell, E.S. (1996). Patterns of depressed mood in midlife women: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Research in Nursing & Health*, 19, 111-123.
- Yalom, I., Lunde, D., Moss, R., & Hamburg, D. (1968). Postpartum blues syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 18, 16-27.