

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

A MATERNAGEM DE MULHERES COM FILHO PRÉ-TERMO
— Bases para Assistência de Enfermagem Neonatal

INÊS MARIA MENESES DOS SANTOS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora
Prof^a. Dr^a. Rosângela da Silva Santos

RIO DE JANEIRO
Dezembro, 2009

INÊS MARIA MENESES DOS SANTOS

**A MATERNAGEM DE MULHERES COM FILHO PRÉ-TERMO
— Bases para Assistência de Enfermagem Neonatal**

**RIO DE JANEIRO
Dezembro, 2009**

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Inês Maria Meneses dos

A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para assistência enfermagem neonatal / Inês Maria Meneses dos Santos - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2009.

xii, 244f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosangela da Silva Santos.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

Referências bibliográficas: f. 229 -240.

1. maternagem 2. pré-termo 3. enfermagem neonatal 4. metodologia - história de vida. I.Título

CDD: 610.73

A MATERNAGEM DE MULHERES COM FILHO PRÉ-TERMO — Bases para
assistência de enfermagem neonatal

Aprovada por:

Prof^a Dr^a Rosângela da Silva Santos
Presidente – UFRJ

Prof Dr Valdecyr Herdy Alves
1^o Examinador – UFF

Prof^a Dr^a Thelma Spindola
2^a Examinadora – UERJ

Prof^a Dr^a Marialda Moreira Christoffel
3^a Examinadora – UFRJ

Prof^a Dr^a Jurema Gouvêa de Souza
4^a Examinadora – UFRJ

RIO DE JANEIRO
Dezembro / 2009

Orientadora

*Professora Doutora
Rosângela da Silva Santos*

Muito obrigada por tudo!

*Peço desculpas pelas minhas falhas.
Agradeço por sua incansável dedicação,
pelas orientações sábias, pelos desafios impostos.
Enfim, por acreditar e confiar em mim.*

Dedicatória

Ao meu esposo Celestino. Obrigada pelo amor, incentivo e compreensão, você me ajudou a alcançar mais uma vitória.

Aos nossos filhos Emmanuel e Gabriel. Presentes de Deus, razão do meu viver, minha esperança renovada a cada dia. Amo muito vocês!

Agradecimentos Especiais

A Deus, que ilumina os meus caminhos, dá-me forças para prosseguir e sempre coloca uma mão amiga para me apoiar.

Aos meus pais Eloy e Teresinha, meus maiores incentivadores, que me ensinaram com seus exemplos de vida.

À minha irmã e amiga Cláudia e ao Carlos, aos meus sobrinhos Paula (minha afilhada) e João.

Ao meu irmão Eloy e a Bárbara pela preocupação e carinho.

À família Pereira — Manuel e Irene; Elisabeth e José Francisco. Às minhas sobrinhas Rachel e Bruna.

À Leila Rangel, amiga e irmã, muito obrigada por segurar a minha onda nos momentos mais difíceis.

Agradecimentos

Às mulheres entrevistadas que generosamente dividiram suas vidas comigo.

Ao Hospital Maternidade Carmela Dutra, pelo apoio recebido durante o trabalho de campo. Em especial agradeço à enfermeira Luíza Bianca e às técnicas de enfermagem Edina e Sandra.

À Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, em especial ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil — Angela, Angelina, Cristiane, Fernando, Filomena, Leila, Selma e Thereza, pela ajuda para que eu conseguisse cursar o Doutorado.

À Escola de Enfermagem Anna Nery, pela oportunidade de aprendizado. Ao NUPESC pelas discussões acaloradas e produtivas.

Ao grupo da Maternagem e ao grupo da História da Vida, pela cumplicidade. Tornamos amigas: doutorandas Adriana e Grace; mestre Ana Cláudia.

Aos colegas de turma Doutorado 2006.1, pela troca constante de conhecimentos e solidariedade. Com a internet, estaremos sempre conectados: Beth, Carmen, Eliane, Fredy, Inez, Juliana, Leila, Lelita, Liane, Lúcia, Marina e Sandra.

Aos funcionários da secretaria da pós-graduação e da biblioteca, pela presteza com que atenderam as minhas solicitações.

E a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, deram-me apoio, incentivo, atenção e amizade.

SUMÁRIO

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

Problematizando o estudo	01
Objeto do estudo	05
Questões norteadoras	05
Objetivos do estudo	05
Justificativa	05
Relevância	06

Capítulo 2

REFERÊNCIAS CONCEITUAIS e CONTEXTUAIS

A escolha do termo maternagem	11
Entendendo o conceito de maternagem	14
A visão antropológica do nascimento — rito de passagem	22
As políticas públicas na atenção ao recém-nascido	26

Capítulo 3

REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria do Desenvolvimento de Winnicott	32
A Teoria do Cuidado Cultural de Leininger	39

Capítulo 4

ABORDAGEM METODOLÓGICA

O método História de Vida	47
O caminho metodológico	54
Cenário do estudo	54
Autorização da pesquisa	55
Coleta dos depoimentos	56
As depoentes	60
Análise dos depoimentos	66

Capítulo 5

ANÁLISE DOS RELATOS DE VIDA	73
Primeira Categoria	
OS ALICERCES DA MATERNAGEM – DO DESEJO À MATERNIDADE	74
Os caminhos que levam à chegada de um filho	74
A experiência vivenciada da gestação e do parto prematuro	84
Segunda Categoria	
O CUIDADO MATERNO AO PRÉ-TERMO DA UNIDADE NEONATAL AO LAR E À EXISTÊNCIA HUMANA	122
A experiência vivenciada da maternagem do filho pré-termo hospitalizado na Unidade Neonatal	123
A experiência vivenciada da maternagem do filho pré-termo hospitalizado no lar	193

Capítulo 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	223
REFERÊNCIAS	229
APÊNDICES	241
ANEXO	243

RESUMO

SANTOS, I. M. M. **A maternagem de mulheres com filho pré-termo – bases para assistência de enfermagem neonatal.** Rio de Janeiro. 2009. 244 fls. xii.

Tese (Doutorado Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery.

Esta investigação traz como temática a maternagem. A escolha baseou-se na minha experiência profissional assistencial e docente cuidando de crianças hospitalizadas acompanhadas de suas mães em diferentes cenários e na minha vivência pessoal. O objeto de estudo foi “a maternagem da mulher que teve filho pré-termo hospitalizado em Unidade Neonatal”. Os objetivos foram: 1) Compreender a experiência vivenciada da maternagem da mulher que teve filho pré-termo hospitalizado em Unidade Neonatal; 2) Discutir a experiência vivenciada da maternagem em relação à assistência de enfermagem recebida na Unidade Neonatal. Os referenciais teóricos foram as Teorias do Desenvolvimento Emocional Primitivo de Donald Winnicott e do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. O método foi a História de Vida. As depoentes foram 23 mulheres que tiveram filho pré-termo hospitalizado em unidade neonatal. O cenário do estudo foi o ambulatório de follow-up de um Hospital Maternidade do Município do Rio de Janeiro. A pergunta norteadora da entrevista foi: “Fale o que você considera importante a respeito da sua vida que tenha relação com a sua experiência como mãe durante a hospitalização de seu filho pré-termo na Unidade Neonatal”. O processo analítico empregado foi a análise temática. Emergiram duas categorias: 1ª) Os Alicerces da Maternagem — do desejo à maternidade; 2ª) O Cuidado Materno ao Pré-Termo da Unidade Neonatal ao Lar e a Existência Humana. A análise revelou as diferentes motivações que resultaram na vinda dos filhos e o desejo consciente, ou não, pela maternidade. Vinte e duas mulheres entrevistadas vivenciaram o parto prematuro, uma adotou um bebê. Os depoimentos demonstraram que o cuidado profissional da enfermagem foi facilitador para o cuidado da mãe para com o bebê. A enfermagem ajudou no primeiro contato mãe-filho seja no centro obstétrico ou na unidade neonatal. Apresentou esse pré-termo e o ambiente da UTI à mãe e aos familiares, ensinou uma nova forma de cuidar de um bebê que nasceu prematuro para que a mãe/família assumisse os cuidados no lar, elaborando uma nova forma de materno. O cuidado de enfermagem, sob este ponto de vista, funcionou como facilitador da maternagem.

Palavras-Chave: maternagem, pré-termo, enfermagem neonatal, história de vida

ABSTRACT

SANTOS, I. M. M. **The motherhood of women with preterm baby – bases for neonatal nursing assistance.** Rio de Janeiro. 2009. 244 fls. xii.

Thesis (Doctorate in Nursing). Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery.

This investigation brings as thematic the motherhood. The choice was based in my professional experience in the assistance and teaching field taking care of hospitalized children followed by their mothers in different settings and in my personal experience. The study object was “the woman’s motherhood that had preterm baby hospitalized in Neonatal Unit”. The objectives were: 1) To understand the experience lived of the motherhood of the woman that had preterm baby hospitalized in Neonatal Unit; 2) To discuss the experience lived of the motherhood regarding the nursing assistance received in the Neonatal Unit. The theoretical references were the Donald Winnicott’s Theories of the Primitive Emotional Development and of Madeleine Leininger’s Cultural Care. The method was the Life Story. The deponents were 23 women that had preterm baby hospitalized in neonatal unit. The study scenario was the follow-up ambulatory of a Maternity Hospital of the Rio de Janeiro County. The orienting question of the interview was: “Talk what you consider important about your life that has relation with your experience as mother during your preterm baby hospitalization in the Neonatal Unit”. The analytical process used was the thematic analysis. There emerged two categories: 1st) The Motherhood’s foundation – from the willing to the motherhood; 2^{sd}) The Maternal Care to the Preterm from the Neonatal Unit to the Home and the Human Existence. The analysis revealed the different motivations that resulted in the coming of the children and the conscious willing, or not, by the maternity. Twenty and two women interviewed experienced the premature birth, one adopted a baby. The statements showed that the nursing professional care was facilitator for the mother’s care to the baby. The nursing helped in the first mother-baby contact be in the obstetrical center or in the neonatal unit. It presented this preterm and the UTI environment to the mother and to the familiars, taught a new form of taking care of a baby who was premature at birth in order to the mother/family could assume the care at home, elaborating a new form of mothering. Under this point of view, the nursing care functioned as motherhood facilitator.

Key-words: motherhood, preterm, neonatal nursing, life story

RESUMEN

SANTOS, I. M. M. **La maternaje de mujeres con bebé prematuro – bases para asistencia de enfermería neonatal**. Rio de Janeiro. 2009. 244 fls. xii.

Tesis (Doctorado Enfermería). Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery.

Esta investigación trae como temática la maternaje. La escoja se basó en mi experiencia profesional asistencial y docente cuidando de niños hospitalizados acompañados de sus madres en diferentes escenarios y en mi vivencia personal. El objeto de estudio fue “la maternaje de la mujer que tuvo hijo prematuro hospitalizado en Unidad Neonatal”. Los objetivos fueron: 1) Comprender la experiencia vivenciada de la maternaje de la mujer que tuvo bebé prematuro hospitalizado en Unidad Neonatal. 2) Discutir la experiencia vivenciada de la maternaje en relación a la asistencia de enfermería recibida en la Unida Neonatal. Los referenciales teóricos fueron las Teorías del Desarrollo Emocional Primitivo de Donald Winnicott y del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. El método fue la Historia de Vida. Las deponentes fueron 23 mujeres que tuvieron hijo prematuro hospitalizado en unidad neonatal. El escenario del estudio fue el ambulatorio de follow-up de un Hospital Maternidad del Município del Rio de Janeiro. La pregunta orientadora de la entrevista fue: “Hable lo que usted considera importante a respecto de su vida que tenga relación con la su experiencia como madre durante la hospitalización de su hijo prematuro en la Unidad Neonatal”. El proceso analítico empleado fue el análisis temático. Emergieron dos categorías: 1ª) Las Bases de la Maternaje — del deseo a la maternidad; 2ª) El Cuidado Materno al Prematuro de la Unidad Neonatal al Lar y la Existencia Humana. El análisis reveló las diferentes motivaciones que resultaron en la venida de los hijos y el deseo consciente, o no, por la maternidad. Veinte y dos mujeres entrevistadas vivenciaron el parto prematuro, una adoptó un bebé. Las declaraciones demostraron que el cuidado profesional de la enfermería fue facilitador para el cuidado de la madre para con el bebé. La enfermería ayudó en el primero contacto madre-hijo sea en el centro obstétrico o en la unidad neonatal. Presentó ese prematuro y el ambiente de la UTI a la madre y a los familiares, enseñó una nueva forma de cuidar de un bebé que nació prematuro para que la madre/familia asumiese los cuidados en el lar, elaborando una nueva forma de maternar. El cuidado de enfermería bajo este punto de vista funcionó como facilitador de la maternaje.

Palabras-Clave: maternaje, prematuro, enfermería neonatal, historia de vida.

RESUMÉE

SANTOS, I. M. M. **La maternage des femmes avec le bébé préterme – bases pour l'assistance d'infirmier néonatale.** Rio de Janeiro. 2009. 244 fls. xii.

Thèse (Doctorat Infirmier). Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery.

Cette recherche apporte comme thématique la maternage. Le choix s'est basé sur mon expérience professionnelle et enseignante en soignant d'enfants hospitalisés accompagnés de leurs mères en différents scénarios et dans mon expérience personnelle. L'objet d'étude a été " la maternage de la femme qui a eu bébé préterme hospitalisé à Unité Neonatal". Les objectifs ont été: 1) Comprendre l'expérience vécue de la maternage de la femme qui a eu fils préterme hospitalisé à Unité Neonatal; 2) Discuter l'expérience vécue de la maternage concernant l'assistance d'infirmier reçue à l'Unité Neonatal. Les référentiels théorétiques ont été les Théories du Développement Émotionnel Primitif de Donald Winnicott et du Soins Culturel de Madeleine Leininger. Le méthode a été l'Histoire de Vie. Les déposants ont été 23 femmes qui ont eu fils préterme hospitalisé dans unité neonatal. Le scénario de l'étude a été l'ambulatoire de follow-up d'un Hôpital Maternité du Municipale du Rio de Janeiro. La question orienteure de l'entrevue a été: "Parle ce que tu consideres important concernant sa vie qui aie relation avec son expérience comme mère pendant l'hospitalisation de son fils préterme à l'Unité Neonatal". Le processus analytique employé a été l'analyse thématique. Ont émergé deux catégories: 1^{ère}) Les Fondations du Maternage – du désir à la maternité; 2^{ème}) Les Soins Maternels au Préterme de l'Unité Neontal au Foyer et l'Existence Humaine. L'analyse a révélé les différentes motivations qui ont resulté dans l'arrivée des fils et le désir conscient, ou non, par la maternité. Vingt et deux femmes interviewées ont vécu l'accouchement prématuré, une a adopté un bébé. Les dépôts ont démontré que le soin professionnel de l'infirmier a facilité le soin de la mère envers le bébé. L'infirmier a aidé dans le premier contacte mère-fils soit dans le centre obstétrique ou dans l'unité neonatal. Il a présenté ce préterme et l'environnement de l'UTI à la mère et aux parents, Il a enseigné une nouvelle forme de soigner d'un bébé qui né prématuré pour que la mère/famille endosse les soins dans le foyer, en élaborant une nouvelle forme de maternage. Les soins d'infirmier, sous ce point de vue ont fonctionné en facilitant la maternage.

Paroles-Clé: maternage, préterme, infirmier neonatal, histoire de vie.

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

O presente estudo está inserido na Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde da Criança, do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança – NUPESC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A escolha do tema maternagem tem origem na minha experiência profissional assistencial e docente cuidando de crianças hospitalizadas acompanhadas de suas mães em diferentes cenários e na minha vivência pessoal, em que observei que, para a mulher, ter um filho recém-nascido internado na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é antagônico às suas expectativas e às da sociedade. Entrar no mundo da UTIN é despedaçar seus sonhos cultivados desde a infância e reiniciar outros sem tempo para elaborá-los. É adentrar em um mundo impregnado de tecnologia diferente do seu desejo, do seu mundo privado, do ninho cuidadosamente preparado por ela e sua família: o quarto, o berço, o enxoval, a escolha do nome.

Ao refletir sobre a situação das mulheres que estão acompanhando seu filho pré-termo¹ internado na unidade neonatal, percebo que elas vivenciam, em uma situação extremamente adversa para ambos, a maternagem, que corresponde aos

cuidados que a mãe (ou sua substituta) tem para criar o seu filho (ou uma criança); esses cuidados são condutas ou atitudes de interação, que mesmo quando têm um objetivo físico, não deixam de provocar vivências na criança, as quais dão base para o seu desenvolvimento cognitivo e, especialmente, emocional (ELYSEU JUNIOR, 2000, p.14).

¹ Recém-nascido pré-termo ou prematuro é aquele que nasceu antes de completar a 37ª semana de idade gestacional (BRASIL, 1994, p.38).

No meu dia-a-dia, percebo inúmeras barreiras a transpor para vivenciar a maternagem suficientemente boa². A primeira é a porta da UTIN, uma barreira física real e, também, psicológica. A mulher dá passos pequenos, um olhar atento e assustado para as incubadoras tentando reconhecer qual é o seu filho. Muitas vezes, a mulher está vendo o bebê pela primeira vez. Devido à necessidade de intervenção para suporte de vida, ele não pôde ser apresentado à sua mãe no momento do seu nascimento. Por vezes, ela sofreu com a angústia do silêncio, da ausência do choro do bebê. Percebeu a equipe tensa e agitada no atendimento, tenta apreender alguma informação no vocabulário de difícil compreensão dos profissionais. Umas têm o alívio de um choro débil.

Observo muitas vezes a mulher chegar à Unidade Neonatal sozinha e ficar parada na entrada, esperando que alguém a receba e apresente o seu filho. Em outras, vezes ela é acompanhada por um profissional da enfermagem do alojamento conjunto que cuidou dela e faz a intermediação entre um setor e outro, localiza seu bebê, apresenta quem está responsável pelo cuidado do seu filho.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009, p.48) recomenda ser conveniente que alguém da equipe de saúde visite a mãe antes que ela veja o bebê pela primeira vez, com o objetivo de transmitir-lhe notícias dele. E, se possível, deve ser acompanhada de seu quarto até a UTI Neonatal por um dos componentes da equipe de saúde.

Estar diante de um ser tão pequenino e frágil. Parece ser impossível a sua sobrevivência. Longos minutos se passam, e aquela mulher em pé parada diante da incubadora.

² A expressão “suficientemente boa” foi cunhada por Winnicott (1999, p.141) e se refere às atitudes e às pessoas comuns, “como você e eu”, que ora acertam, ora erram e tentam reparar suas falhas. Não é um ideal de perfeição.

Alguém da enfermagem passa e diz, — mãe você já lavou as mãos? Então pode tocar no seu filho...

Muda, mesmo sem verbalizar seus olhos indagam: — como?

É demonstrado como abrir a portinhola, diz-se da importância da sua presença, que o seu filho precisa dela, do seu toque, da sua voz...

A mulher hesita, mas toma coragem e toca seu bebê. Primeiro pelas extremidades, dedos tão pequenos, a preensão débil não segura o dedo da mãe. Tenta buscar o olhar do filho e não encontra, pode estar em sono profundo, hipoativo, às vezes sedado, ou com olhos vendados por conta da fototerapia. Tantos fios, tubos, aparelhos, ruídos, luminosidade intensa. Um sentimento de incapacidade de cuidar do seu filho a invade. Chora, desespera-se, mas na luta que o seu filho trava para viver ela encontra forças para estar a seu lado e se superar.

A mulher aprende a se comportar em um ambiente com regras rígidas estabelecidas, e a equipe de enfermagem é quem as determina, tem a “posse” do seu filho e a competência do cuidado. Porém são as profissionais que vão mediar a tecnologia e o recém-nascido para a mãe. Tanto podem facilitar como dificultar o desenvolvimento do cuidado materno – da maternagem – ao ensinar a essa mulher uma nova forma de cuidar de um bebê.

Com o passar dos dias, a mãe começa a se familiarizar com o contexto hospitalar, absorve a rotina, apropria-se a seu modo da terminologia. À medida que é solicitada e na observação dos outros bebês com suas mães, tenta fazer da unidade do seu filho um pedaço do seu lar. Traz lençóis, cueiros, sapatinhos, bichinhos de plástico que a enfermagem cuidadosamente envolve com filme. Aprende a dar banho, segurar a seringa para gavagem, estimular sucção, trocar fralda, lê e interpreta os valores do saturímetro.

Sofre com o comportamento ambíguo dos profissionais. Por um lado a humanização, o toque, o aconchego, o acolhimento, a interação mãe-bebê, o incentivo para que a mãe cuide. Por outro, as normas

rígidas de prevenção de infecção hospitalar, mínimo manuseio, exigências e limitações com o cuidado, posse da criança pelos profissionais que valorizam a criança e “esquecem” a mãe.

Saudades de sua casa, do marido, dos filhos em casa. Dividida entre acompanhar seu filho³ ou retornar para o seu lar. Quando a mulher não consegue permanecer, seja por não poder ou não querer, acaba rotulada pela equipe e pelas outras mães como má, relapsa, “desnaturada”. Pois o discurso culturalmente aceito como “natural” é o mito do amor materno incondicional.

Por várias vezes, presenciei a dificuldade dessas mães em permanecer no local, tanto que elaborei um artigo de reflexão “Maternagem e o atendimento à criança e à sua mãe”. Naquela reflexão teórica, levantei uma série de perguntas que revelariam as condições física, emocional e social dessa mulher e que habitualmente não são feitas pelo profissional de saúde: Será que esta puérpera (no parto normal com episiorrafia, ou parto cesáreo com dor na incisão cirúrgica) tem condição física de permanecer na unidade neonatal, sentada em uma cadeira? Ela tem outros filhos em casa? A família e o companheiro estão apoiando? Tem dinheiro para locomover-se? Tem de aceitar e amar incondicionalmente um bebê que, em certas ocasiões, foge aos padrões estéticos da sociedade ou apresenta má formação? (SANTOS, 2004, p.27).

O fato é que, para essas mulheres, a maternagem possível na Unidade Neonatal é estranha ao que fora aprendido ao ser maternada e ao (con)viver com outras mulheres em seu meio social exercendo a maternagem.

³ A garantia legal do acompanhante durante a internação hospitalar veio com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13/7/1990. Na Unidade Neonatal, o acompanhante habitualmente é a mãe da criança. Em caso de impedimento materno grave como hospitalização da mulher ao extremo da morte materna, outras figuras femininas assumem esse papel, como avó, tia, irmã mais velha. Os homens – pai, avô, tio – são aceitos como visitas do bebê.

Diante dessa situação problema, surgiu o meu interesse em realizar uma pesquisa tendo como **objeto de estudo**: “a maternagem da mulher que teve filho pré-termo hospitalizado em Unidade Neonatal”.

Para direcionamento da investigação as seguintes **questões norteadoras** foram elaboradas:

— Como a mulher que teve filho pré-termo hospitalizado em Unidade Neonatal vivenciou a maternagem?

— De que forma a enfermeira da Unidade Neonatal pode contribuir para o desenvolvimento da maternagem suficientemente boa, a partir da experiência vivenciada da mulher?

Foram traçados os seguintes **objetivos**:

- 1) Compreender a experiência vivenciada da maternagem da mulher que teve filho pré-termo hospitalizado em Unidade Neonatal.
- 2) Discutir a experiência vivenciada da maternagem em relação à assistência de enfermagem recebida na Unidade Neonatal.

Justificativa

A proposta de trabalhar com pré-termo é importante, pois é uma faixa da população de extrema vulnerabilidade, com índices elevados de morbimortalidade infantil. Ao contrário dos países desenvolvidos em que a primeira causa de mortalidade é a malformação congênita, no Brasil a maioria dos óbitos é determinada pelas condições da gestante e pelas circunstâncias do parto e nascimento. Dentre as causas de óbitos destaca-se a prematuridade (GOMES, 2004).

A primeira causa de mortalidade infantil no país são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns em crianças prematuras e de baixo peso. Além disso, muitos bebês são acometidos de distúrbios

metabólicos, dificuldades em alimentar-se e para regular a temperatura corporal (BRASIL, 2009).

A população neonatal constitui hoje um grupo estratégico no que se refere à diminuição da mortalidade infantil. Em todo o mundo, nascem anualmente 20 milhões de crianças prematuras e com baixo peso. Destas, um terço morre antes de completar um ano de vida (BRASIL, 2009). Em certas regiões do Brasil, a mortalidade neonatal é responsável por 50% ou mais das mortes ocorridas no primeiro ano de vida.

Para diminuir estes índices, relaciona-se o desenvolvimento de recursos humanos, com profissionais que assistam o recém-nascido e a sua família. Pois, de acordo com Kakehashi (1996), o neonato, longe de constituir uma criança em miniatura, é um ser com peculiaridades inerentes à transição da vida intra-uterina para a extra-uterina, tanto em termos biológicos, como sócio-culturais, ou seja, a transformação do ser natural em ser social, quando lhe é atribuído uma identidade e um espaço interacional.

Relevância

A relevância deste estudo está na escassez de pesquisa sobre este tema. Após levantamento bibliográfico nas bases de dados utilizando como palavra de busca “maternagem”, sem recorte temporal, encontrei 51 referências: 23 na LILACS; 8 na BDENF; 4 na ADOLEC; 4 na SciELO e 12 na BDTD. Após a retirada dos estudos concomitantes obteve-se o total de 33. O termo maternagem foi pontuado em 12 estudos de Mestrado e 3 de Doutorado, nas seguintes áreas do saber: Enfermagem, Psicologia, Educação e Saúde Pública.

Em 7 artigos científicos em periódicos de Enfermagem, encontrou-se maternagem em trabalhos que tinham por objetivo: analisar a participação da família na assistência ao prematuro em uma UTI neonatal de um hospital universitário através de observação participante

(Gaíva e Scochi, 2005); compreender as vivências maternas na UTI de um hospital infantil no Ceará, na perspectiva de Martin Heidegger (Moreno *et al*, 2003); analisar as implicações da pesquisadora com a pesquisa na área de deficiência mental (Santos, 1997); discorrer sobre os fatores sociais, econômicos e culturais que causaram mudanças na vida privada familiar e suas repercussões para maternagem, e a presença da creche no contexto atual da família (Brêtas e Silva, 1998); analisar representações de gênero e moralidade na prática profissional da enfermagem (Bandeira e Oliveira, 1998); analisar os significados atribuídos pela equipe de saúde da participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal (Martínez *et al*, 2007); e descrever e discutir a vivência das mulheres após aborto espontâneo utilizando o método História de Vida (NERY *et al*, 2006).

Nos periódicos da área de Psicologia e de Psicanálise, foram listados 6 artigos que trataram sobre: o perfil psicológico da clientela adolescente gestante atendida em uma maternidade de Santa Catarina (Melo, 2001); reflexões acerca da depressão pós-parto enfatizando os fatores psicossociais envolvidos (Azevedo e Arrais, 2006); a travessia da adoção - a ferida na alma do bebê (Lisondo, 1999); e os sentidos produzidos sobre a maternidade em um Programa Mãe Canguru (Moura e Araújo, 2005).

Na Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, da Faculdade de Saúde Pública (da USP) foram relacionados 4 artigos que versam sobre: os comportamentos de maternagem das mães Bushi-Nenghe, um grupo populacional na Guiana Francesa (Lican, 2004); as mães adolescentes de duas comunidades (uma urbana e uma semi-rural) na Bahia (Fônseca e Bastos, 2001); o relato livre autobiográfico de sete pessoas que passaram anos de sua infância institucionalizados, consideradas resilientes por manterem vinculações afetivas importantes, por trabalhar, estudar e não ter atividades delinquentes, que evidenciou a importância de aspectos ligados à maternagem (Alvarez *et al*, 1998); e

a maternagem e o seu espaço no Estatuto da Criança e do Adolescente em instituições que cuidam de crianças (MOTTA, 1992).

Ainda foi encontrado 1 artigo na área de Antropologia Social: Lares de cuidado e linhas de sucessão: algumas indicações etnográficas na França, hoje (Weber, 2006). Foi achado 1 artigo na Revista de Ginecologia e Obstetrícia onde os autores relatam a experiência de atendimento a pais de prematuros de alto risco por uma equipe multiprofissional, especialmente no que concerne ao desenvolvimento do vínculo mãe-bebê prematuro (Gomes *et al*, 1997). Foi visto 1 artigo na Acta Médica de Porto Alegre em que os autores realizaram revisão bibliográfica sobre os conceitos e a prática de maternagem, procurando correlacionar sua aplicabilidade em maternidades, permitindo um melhor desenvolvimento ponderal e afetivo, assim como uma redução na permanência hospitalar dos recém-nascidos (CARDOSO *et al*, 1995).

Na área da Enfermagem há 1 Tese que se centrou na percepção de que mães de crianças especiais têm de sua situação, discutiu aspectos da maternagem e da sexualidade feminina do ponto de vista psicanalítico e cultural, objetivando a compreensão do significado para a mulher de ter um filho especial (Santos, 1995); publicada posteriormente em forma de livro (Santos e Glat, 1999). Em 2 Dissertações, uma buscou analisar os cuidados prestados por mães adolescentes e seus filhos no primeiro ano de vida (Martins, 1999); e outra objetivou compreender a vivência da puérpera-adolescente sobre o cuidado do recém-nascido, em domicílio (BERGAMASCHI, 2007).

Na Psicologia, o tema maternagem foi abordado em 7 Dissertações em diferentes aspectos: nas transformações psicológicas habituais pelas quais uma mulher passa ao longo da gestação e do pós-parto (Costa, 2006); na feminilidade em Freud na contemporaneidade (Valença, 2003); na intervenção terapêutica para potencialização da maternagem suficientemente boa (Falivene, 1997); nas dinâmicas da

maternagem para uma maternagem dinâmica em empregadas e mães (Camargo, 1992); na relação entre o desenvolvimento de prematuros e o desempenho da maternagem (Jung, 1985); nas mães de deficientes visuais (Floriano, 2006); e no estudo de caso com uma mãe de criança portadora da Síndrome de Prader-Willi (Koiffmann, 2005). Em 2 Teses foram discutidas: a depressão pós-parto (Arrais, 2005) e a expressão criativa de estagiários de psicologia na prática do psicodiagnóstico interventivo com referencial de Winnicott (BEKER, 2002).

Na Educação, em 2 Dissertações, surgiu a temática maternagem: Ser professora: entre os ranços da maternagem e a profissão (Neder, 2005) e Educadoras infantis: o que pensam sobre questões de gênero? (Coutinho, 2005). Em 1 Dissertação em Saúde Pública, foi discutido o fenômeno do adiamento da maternidade após os 35 anos (TEIXEIRA, 1999).

A busca de pesquisas que abarcassem o objeto do estudo me motivou a procura sobre a maternagem da mulher que teve filho pré-termo hospitalizado em Unidade Neonatal. No entanto, pude perceber que a produção voltada a esse enfoque ainda é dispersa e fragmentada. Verificou-se uma lacuna do conhecimento acerca da temática maternagem de pré-termo, inserindo a figura da mulher além do papel de mãe acompanhante.

Como enfermeira e como docente, acredito que a realização de um estudo qualitativo utilizando a metodologia História de Vida, que prioriza a maternagem da mulher que teve um filho pré-termo hospitalizado em Unidade Neonatal justifica-se por permitir uma visão reveladora e íntima da história por trás da história. Ou seja, dar voz ao sujeito da ação e não somente ao discurso oficial da douta ciência e das políticas públicas. A pesquisa, desta forma, poderá contribuir para a construção do conhecimento sobre a maternagem em unidade neonatal; para a Enfermagem Neonatal em particular, permitindo uma prática mais

reflexiva e abrangente; para o ensino de Graduação, *Lato e Stricto Sensu*; e para a produção do conhecimento no Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança (NUPESC) da UFRJ e no Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NUPEEMC) da UNIRIO.

Capítulo 2

REFERÊNCIAS CONCEITUAIS e CONTEXTUAIS

A escolha do termo maternagem

A palavra ***motherhood***, de origem inglesa, é um substantivo, tem por significado: “*state of being a mother*” (OXFORD, 1989, p.807).

A origem da palavra data de 1375-1425. É composta por *mother* mais o sufixo *hood* que “*denoting state, condition, character, nature etc, or a body of persons of a particular character or class, formerly used in the formation of nouns: childhood; likelihood; knighthood; priesthood*” (DICTIONARY.COM, 2007).

Como não há vocábulo equivalente em português, os tradutores criaram neologismos, que ainda não estão dicionarizados, mas que são empregados por profissionais que lidam com a temática. Por exemplo, nas obras traduzidas para o português de Badinter (1985) e de Chodorow (1990), encontra-se a palavra *maternação*. Em Sayers (1992), *maternalização*; já em Soulé (1987), *maternalidade*; enquanto que em Winnicott (2006), *maternagem*.

Neste estudo, será utilizado o termo **maternagem**, por ser a palavra encontrada nas obras de Winnicott, autor que tem os primeiros trabalhos de psicanálise publicados na década de 1950, do século XX, e que influenciou os demais autores, seja por concordarem ou discordarem do seu pensamento.

O tradutor que criou o vocábulo *maternagem* utilizou para sua formação dois elementos de composição *matern* (mãe) + *agem* (sufixo nominal -agem¹, -agem²,

de origens distintas, mas de funções idênticas ou muito semelhantes: (i) -agem¹ deriva do latim -*āgo* -*agīnis* e se documenta em alguns vocábulos portugueses de imediata procedência latina, com noções de ‘estado’, ‘situação’, ‘ação’ ou ‘resultado da ação’: *imagem*, *voragem*; (ii) -agem² deriva do francês -*age* ou do provençal -*atge*, os quais por

sua vez, se prendem ao latim *-atīcum* (>-ÁTICO); o sufixo *-agem*² ocorre em numerosos vocábulos portugueses, alguns deles desde as origens do idioma (linguagem, linhagem), muitos outros introduzidos nos sécs. XVI (coragem), XVII (carruagem), XVIII (abordagem) e XIX (arbitragem) e, a atestar a sua grande vitalidade, em numerosíssimos vocábulos de introdução muito recente (como açudagem, alunissagem, defasagem), alguns dos quais oriundos da linguagem coloquial (CUNHA, 1997, p.21)

Cabe ressaltar que a tradução para a língua portuguesa dos textos de Winnicott não é uma tarefa fácil, conforme afirma Bogomeletz (2000, p.10), que conseguiu decifrar vários sentidos obscuros do original graças à tradução do texto para o francês (que fora acompanhado pessoalmente pelo autor).

Outeiral (2007, p.10) diz que o estilo de Winnicott “*é extremamente pessoal e sofisticado e ao mesmo tempo simples e natural*”. Ele não traduziu “*alguns termos fundamentais da sua obra, conservando-os no inglês original, porque ao fazê-lo eles perderiam em essência e conteúdo*”.

Ranña (2004, p.7) afirma que ao buscar referências em um trabalho que utiliza o termo maternagem, pode-se supor que se trata de uma obra que aborde questões relacionadas às psicoterapias winnicottianas e na área materno-infantil, tendo em vista o importante referencial na psicanálise dos conceitos do autor.

Winnicott não conceitou maternagem, porém este termo aparece com frequência em sua obra, estando implícito seu entendimento para o leitor intuitivamente. Por exemplo, no livro ‘Os bebês e suas mães’, Winnicott (2006) utiliza as expressões “maternagem insuficiente” (p.36) e “maternagem suficientemente boa” (p. 37, 39, 80).

Winter (2004, p.37) afirma que o termo maternagem foi utilizado por Winnicott em vários livros e momentos de sua obra. A autora, psicanalista e diretora do Centro de Investigação em Medicina e Psicanálise (CIMEP), interpreta que:

Para Winnicott, maternagem é a forma de uma mãe cuidar de seu bebê de maneira boa, protetora. São os bons cuidados que incluem o amparo às necessidades fisiológicas e todo investimento de desejo, de amor, de aconchego.

Na maternagem, segundo Winnicott, a mãe passa ao seu bebê os limites e a proteção, dando possibilidades a ele de sobrevivência com o mínimo possível de desconforto frente ao ambiente fora do útero que pode ser muito hostil, se se considerarem as agressões desconhecidas. (WINTER, 2004, p.38)

Entendendo o Conceito de Maternagem

O manual técnico do Método Canguru do Ministério da Saúde (2009, p.115) utiliza como conceito básico de maternagem “conjunto de cuidados dispensados – especialmente pela mãe ou seu substituto – ao bebê”.

Segundo Soulé (1987, p.163), maternagem é “o conjunto de processos psicoafetivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade”.

As mães saudáveis apresentam, segundo Winnicott (2006, p.30), um estado psiquiátrico especial chamado “**preocupação materna primária**”. Essa condição desenvolve-se gradualmente e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante e, especialmente, ao fim da gravidez persistindo por várias semanas após o nascimento da criança. Nesse estado, as mães tornam-se capazes de colocar-se no lugar do filho. Isso significa que elas desenvolvem, intuitivamente, uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada.

Klaus e Kennel (1992, p.75) afirmam que as alterações fisiológicas endócrinas dos níveis de estradiol e progesterona pelas quais a mulher passa no fim da gestação, no parto e no pós-parto têm um papel significativo no início e na manutenção do período sensitivo materno (ou preocupação materna primária). Porém os pediatras alertam para os aspectos culturais, visto que em várias sociedades a mãe e o bebê são colocados juntos com apoio, proteção e isolamento, pelo menos sete dias após o parto. *A provisão de alimento, abrigo e água, bem como um período de privacidade para que a mãe e o bebê se conheçam um ao outro, é comum na maioria das culturas.* O processo de maternagem é facilitado por essa conduta social.

O manual técnico do método canguru apresenta no módulo psicoafetivo os conceitos básicos dos bebês que povoam as representações maternas e paternas:

Fantasmático: trata-se de um bebê arcaico, interior, que acompanha os pais, individualmente, em seu mundo interno, desde sua mais tenra infância. Impregnado e criado por todas as vivências iniciais de cuidados recebidos quando os pais eram crianças pequenas, somadas àquelas oriundas do processo de seu desenvolvimento, é responsável pela representação desse novo bebê, projetos e desejos relacionados a ele, sem que os pais se deem conta desse fenômeno.

Imaginário: bebê que é criado, imaginado em sonhos, partilhado e representado internamente no mundo psíquico dos pais já próximo à gestação ou durante a mesma. Também este bebê permanece apenas na vida interna dos pais, sem tornar-se consciente.

Imaginado: bebê criado pelos pais durante a gestação, a partir de experiências peculiares do bebê intra-útero, da imagem do ultra-som e das características do comportamento do bebê, ainda no ventre materno. Mais presente no cotidiano dos pais a partir do final do quarto mês gestacional até cerca do sétimo mês, é colorido pelas melhores fantasias parentais sobre o bebê que desejam e que acreditam vá nascer.

Real: o bebê que nasce e que deverá receber todo o investimento materno, paterno e familiar para o seu cuidado e desenvolvimento. Em geral, é muito diferente do bebê fantasmático, do imaginário e do imaginado. Começa a surgir no pensamento materno e paterno no final da gestação, facilitando a aproximação que ocorrerá quando de seu nascimento. Quando o bebê é pré-termo este fenômeno pode não ocorrer, resultando em uma grande distância entre o recém-nascido desejado e o que acaba de nascer. (BRASIL, 2009, p.26)

Na explicação encontrada no manual do método canguru (Brasil, 2009, p.28), as realidades psíquicas do pai, da mãe e mesmo da criança que está por vir se entrelaçam antes da concepção. Um bebê começa a existir para seus pais muito antes de sua concepção, a partir do desejo que cada homem e cada mulher possuem desde sua tenra infância de um dia formarem uma família. Seus primeiros registros podem ser

encontrados nas brincadeiras de menina e menino que repetem atividades de maternagem que observam em seus pais: brincam de bonecas, montam casinhas, criam situações que imitam as atividades realizadas por suas figuras parentais, que envolvem o cuidado e a atenção com todo o grupo familiar. Esse bebê é chamado bebê fantasmático. Totalmente inconsciente, ele acompanha a vida emocional interna de cada um dos pais, mas possibilita alguns arranjos quando de sua aproximação com experiências e vivências atuais e reais do casal com seu filho programado ou já intra-útero, quando passa a ser conhecido como bebê imaginário. Este bebê continua sendo criado enquanto o casal descobre como pretende configurar sua família e se faz presente nos cuidados oferecidos quando da sua chegada.

Porém, à medida que a gravidez transcorre e que o bebê intra-útero se desenvolve, ele começa a ser pensado e imaginado por meio das representações que pai e mãe oferecem às sensações que ele provoca. As idéias que surgem sobre como será esse bebê, quais as características que herdará do pai, quais receberá da herança materna, sejam físicas, comportamentais ou de temperamento, constituem a representação do bebê que está por vir. Assim, enquanto o bebê é formado em sua estrutura biológica e corporal, também está sendo pensado quanto à sua individualidade e à sua formação como sujeito.

Por outro lado, são esses bebês das representações maternas e paternas — fantasmático, imaginário e imaginado, que vão oferecer paradigmas de cuidado e atenção que o casal dispensará ao seu filho. Ao mesmo tempo, esses bebês, no momento do parto, dão lugar ao bebê real — aquele que comparece ao encontro marcado no nascimento, com suas características individuais, tanto biológicas como psíquicas (BRASIL, 2009, p.28).

Para Zimerman (1999), uma adequada maternagem alude ao fato de que a mãe não frustra, nem gratifica de forma excessiva, e que possibilita um sadio crescimento do seu filho. Essa condição de

maternagem requer uma série de atributos e funções da mãe, que devem preencher satisfatoriamente as seguintes condições: ser provedora das necessidades básicas do filho, possibilitar uma simbiose adequada, compreender e decodificar a arcaica linguagem corporal do bebê, frustrar adequadamente (presença e ausência da mãe), conter as cargas de identificações projetivas, intuir o que está se passando com o filho, estar disponível para acolher o conteúdo das necessidades e angústias da criança, reconhecer as capacidades do seu filho, servir como um modelo de identificação, favorecer a formação no psiquismo da criança de representações valorizadas e admiradas e facilitar uma lenta e gradual dessimbiotização e, assim, abrir caminho para a entrada em cena de um pai, respeitado e valorizado.

Para Costa e Katz (1992), a criança necessita do pai para prosseguir em seu desenvolvimento emocional, evitando o prolongamento excessivo da dependência materna e iniciando um processo de conhecimento acerca de um mundo diferente da mãe. O autor coloca as seguintes funções no caso do pai: proteger a mãe durante a gestação e amamentação, ajudar na separação filho-mãe (para não permanecer na simbiose), dar sentido da realidade, permitir que a criança perceba as diferenças entre as figuras parentais assim como facilitar a identificação sexual definida. Ainda salienta a importância de a criança sentir o bom vínculo entre os pais, pois a idéia dos pais unidos e, ao mesmo tempo diferenciados, é indispensável para que ela possa integrar os aspectos de sua bissexualidade inata e estabelecer sua identidade.

Para Chodorow (1990, p.53), proporcionar cuidados maternos não é apenas reproduzir uma série de comportamentos. Trata-se da participação num relacionamento interpessoal, difuso e afetivo, não somente do atendimento das necessidades fisiológicas como higiene e alimentação. Caso os bebês não recebam esse tipo de cuidado, poderão tornar-se deprimidos, retardados, psicoticamente incapazes de se

relacionar, apáticos, ou até morrer. Do ponto de vista da criança, a autora afirma que o que é relevante é a qualidade do cuidado, e não quem o dá.

A capacidade de ser mãe não é inata. Nesta afirmação Roz (2005, p.20) refere-se à *capacidade da mulher em exercer a função materna, ou melhor dizendo, a função simbólica da maternagem, que vai possibilitar que os alicerces da vida psíquica da criança sejam instalados*. É a partir desse outro primordial na vida do bebê, a mãe ou seu substituto, que fundar-se-á a subjetividade do bebê, portanto as bases de seu sentido de identidade.

Ser mãe é uma função simbólica ocupada pela mulher, que não se resume à série de cuidados ligados à sobrevivência do recém-nascido. Essa mulher só poderá exercer essa função a partir de sua própria subjetividade, que envolve sua história de relação com sua mãe, suas vivências edípicas, sua relação com o homem e o estabelecimento de sua feminilidade. De acordo com Roz (2005, p.21), a mulher assume posições e escolhas frente à maternidade a partir de certos valores e demandas advindos de seu contexto sócio-cultural.

A psicanalista Parker (1995, p.13) afirma que *as pressões pessoais e culturais sob as quais as mulheres frequentemente exercem a maternidade tornam-nas excepcionalmente ansiosas e culpadas*. A autora (1995, p.14) ressalta que não existe uma experiência única da maternidade. *Na verdade, a maternidade tem sua própria história*. As mulheres vêm com histórias pessoais diversas e são mães dentro de diferentes contextos sociais, econômicos e étnicos.

Em nossa sociedade, as mulheres não apenas geram filhos, elas também assumem a responsabilidade inicial pelo cuidado da criança, dedicam mais tempo a filhos do que os homens e são responsáveis pelos primeiros laços emocionais com os bebês. De acordo com Chodorow (1990, p.17), quando as mães biológicas não proporcionam os cuidados iniciais, outras mulheres, e não homens, assumem o seu lugar.

A jornalista Forna (1999, p.11) analisa que o mito da maternidade é o mito da “Mãe Perfeita”. *Ela deve ser completamente devotada não só aos filhos, mas a seu papel de mãe. Deve ser a mãe que compreende os filhos, que dá amor total (...). Deve ser capaz de enormes sacrifícios. Deve ser fértil e ter instinto maternal, a não ser que seja solteira e/ou pobre, e nesse caso será aviltada precisamente por essas condições.*

De acordo com Colin *et al* (1993, p.201), as mulheres de baixa renda são sensíveis e dão importância aos bons costumes de vida e não desconhecem os princípios de uma vida sadia. Porém, as informações relativas à saúde que lhes chegam através dos profissionais da saúde e da sociedade em geral atingem-nas na forma de uma informação com culpa: *sentem-se acusadas de não serem boas mães.*

Nas culturas industriais do Ocidente, a mãe é deixada a sós para lidar com o fato de ser não só fonte de vida como também de morte potencial para filhas e filhos. Com essa proposição, Parker (1995, p.28) quer dizer que a mãe é responsável por manter viva uma criança incapaz de arranjar-se sozinha, uma vez saída do útero. A mãe sente-se a única responsável pela vida e pela morte, embora essas questões decerto não se encontrem sob seu total controle. Essa espécie de ansiedade mobilizada pela maternidade pode amplificar os conflitos provocados pela ambivalência.

Parker (1995, p.60) analisa que está imersa na cultura Ocidental a expectativa de que a relação entre a mãe e o filho vai realizar e satisfazer a mulher. Dessa forma, o sentimento de ambivalência estaria excluído desse sistema de crenças, sendo transformado em fonte de culpa e de vergonha. A autora afirma que, assim que dá à luz, a maioria das mulheres conta que vivencia um alegre sentimento de amor e de unidade com o bebê. Isso, entretanto, não ocorre com algumas mulheres, frustrando-as. Segundo a psicanalista, nossa cultura faz com que o relacionamento social pós-natal seja representado como uma réplica do estado de união pré-natal (intra-uterino).

Até hoje, as tentativas feministas de desconstruir os mitos em torno da maternidade — na perspectiva histórica (Elizabeth Badinter, Shari Turner), na perspectiva psicanalítica (Nancy Chodorow, Dorothy Dinnerstein), na perspectiva jornalística (Jane Barlett, Melissa Benn) — concentraram-se exclusivamente nas mulheres ocidentais e no conceito ocidental de maternidade. Mas, segundo Forna (1999, p.32), omitiram ou optaram por não considerar, as experiências de mulheres que são mães em outras culturas, onde há uma ideologia diferente ou onde não há qualquer ideologia restritiva.

No Ocidente, de acordo com a crítica de Forna (1999, p.32), geralmente não se faz caso da experiência de outras culturas, principalmente aquelas consideradas menos desenvolvidas. Ou há a tendência de romantizar, atribuindo a outros povos uma sabedoria ingênua, que a seu modo, é melhor do que a nossa porque está livre do grilhão tecnológico da maternidade.

A psicóloga brasileira Glat (1994, p.22) afirma que o período do pós-parto é uma das épocas da vida da mulher em que a ambiguidade torna-se mais exacerbada. Ao mesmo tempo que se sente realizada, a mulher sente-se mais vazia. A autora, que trabalhou com mulheres de classe média, questiona se as oriundas de classes sociais menos privilegiadas também passam por essa mesma crise existencial, já que imediatamente após o parto são obrigadas a retomar suas atividades profissionais, para garantir o sustento da família. A autora acredita que esta ambiguidade pode ser até mais marcante para essas mães, já que elas têm menos possibilidade de resolução. Isso as faz cair em um estado de acomodação e de aceitação de uma realidade que com o filho se torna mais dura.

A psicanalista francesa Serrurier (1993, p.33) afirma que, na nossa época inundada de palavras e textos sobre família, educação, criança, os pais se sentem pouco à vontade em sua função de educadores. Sua espontaneidade se esgota e, por outro lado, imitar seus próprios pais já

não lhes parece adequado. Além disso, as novas normas e orientações de educação ou de cuidado que aparecem são extremamente impositivas.

Assim, a mulher que se afasta, ainda que pouco, dos fatos e gestos majoritários, tende a se sentir “anormal”. Serrurier (1993, p.33) diz que a mãe pronta a ouvir tudo que lhe é aconselhado em revistas, livros ou programas de televisão, acredita que, para o bem de seu filho, tem de seguir de perto os critérios da moda.

Segundo a autora acima referida, essa sensibilização gera em algumas mulheres um sentimento de incapacidade para seguir as regras certas e, conseqüentemente, um grande sentimento de culpa. Isso faz com que grande parte das mães se questione e duvide de sua capacidade de maternar, normalmente em meio a uma certa confusão de idéias, sem saber muito bem porque sofre e faz seu filho sofrer.

A vulgarização da psicanálise, para Serrurier (1993, p.121), jogou sobre a figura materna toda a responsabilidade pelo bom desenvolvimento psico-afetivo da criança de maneira excessiva e, portanto, injusta.

A autora acrescenta porém que a teoria psicanalista tem o mérito de permitir às pessoas se conhecerem e se aceitarem tais como elas são, pela conquista de seu inconsciente. Seguindo seu raciocínio, ao mesmo tempo em que descobre o mal — a influência patogênica da mãe sobre o filho — ela dava também a solução, que, entretanto, não está ao alcance dos menos favorecidos economicamente.

A visão antropológica do nascimento — rito de passagem

Não basta a criança nascer e existir fisicamente. Tem que haver o reconhecimento social e cultural. Ou seja, para a entrada, a incorporação e a aceitação de um novo indivíduo para uma sociedade deverão ocorrer “rituais de transição social” (Helman, 2009), ou mais comumente denominados, “ritos de passagem” (Gennep, 1978) mesmo que não estejam presentes na consciência daqueles que o realizam.

O ritual é um sistema cultural de comunicação simbólica. De acordo com Peirano (2003, p.11), ele é constituído de sequências ordenadas e padronizadas, de palavras e atos, em geral expressos por múltiplos meios. Estas sequências têm conteúdo e arranjo caracterizados por graus variados de formalidade (convencionalidade), estereotipia (rigidez), condensação (fusão) e redundância (repetição).

Os rituais fazem parte, com maior ou menor intensidade e/ou variações, de todas as sociedades. Pires (2001, p.143) destaca que eles têm a finalidade de situar os indivíduos, que partilham de ansiedades comuns causadas pelo constante e simultâneo sentimento de perda e ganho que os momentos de transição impõem, e de conduzi-los aos conceitos morais, éticos e estéticos que farão parte da nova fase de sua vida. Morte e nascimento estão sempre interligados nessas cerimônias, que possuem um papel fundamental na organização social e que revelam, através dos símbolos que as compõem e da forma como estes são agrupados e ordenados, muito sobre a cultura da sociedade a que eles pertencem.

O conceito de ritos de passagem foi elaborado por Arnold van Gennep (1978), no início do século XX. São aqueles momentos relativos à mudança e à transição (de pessoas e grupos pessoais) para novas etapas de vida e de status.

Um rito de passagem sempre se desenvolve em três etapas, que são universais:

— Separação - das condições sociais prévias;

- Transição - um estágio liminar;
- Incorporação (a uma nova condição) ou reagregação (à antiga).

São ritos de passagem aqueles ligados à gestação e ao nascimento, os ritos de iniciação, os ritos matrimoniais, os funerais e vários outros, como os relativos à mudança de estação de ano etc. Melatti (2007, p.173) afirma que esse conceito abrange tão ampla variedade que é difícil encontrar algum rito que não seja de passagem.

A respeito dos indígenas brasileiros, Melatti (2007, p.174) destaca que nesses rituais ligados à gestação e ao nascimento não somente a criança passava por um rito de passagem, mas também seus pais. O reconhecimento da gravidez da mulher punha o pai e a mãe num estágio de cuidados especiais, separando-os, de certo modo, pela maneira de se comportar, dos demais habitantes da aldeia. Ficavam assim segregados até que a criança nascesse e os ritos de sua incorporação fossem realizados, quando eles de novo se integravam na vida normal, mas com uma qualidade nova: tanto o homem como a mulher tinham adquirido mais um papel social, pois eram o pai e a mãe de um novo membro da sociedade.

Karinch e Hartley (2008, p.36) afirmam que, ao considerar os ritos de passagem, não se pode desprezar qualquer interação humana. Eles são criados para separar o indivíduo de um grupo e ligá-lo a outro para sempre, alterando o seu modo de pensar. Podem ser elaborados e codificados ou repentinos. Da circuncisão ao batismo e chegando até ao primeiro par de óculos bifocais, cada um deles tem um efeito permanente na maneira como a pessoa se percebe.

Segundo Pires (2001, p.145), o rito de passagem invariavelmente, independentemente da escala que isso aconteça, leva à alteração da consciência e conseqüentemente ao amadurecimento intelectual, emocional e espiritual do indivíduo.

A falta, nas sociedades contemporâneas, de rituais de passagem é que faz com que muitas pessoas que possuam um corpo físico maduro, tenham um

corpo mental e o emocional infantis. É essa falta que faz com que novos ritos sejam criados, ou com que antigos ritos sejam resgatados (FAKIR MUSAFAR *apud* PIRES, 2001, p.145)

Para nós ocidentais, a grande maioria dos ritos de passagem é marcada não fisicamente, mas socialmente. Diante disso, Pires (2001, p.144) analisa que nossos momentos de transição, sejam eles temporais, hierárquicos, sociais ou familiares são reverenciados através de cerimônias, na sua maioria, festivas. O indivíduo prepara seu corpo físico para estas cerimônias, quando muito através do uso de uma indumentária (roupas, adornos, penteado, maquiagem) diferenciada da usada quotidianamente.

Quando uma sociedade passa a não valorizar seus rituais, ela passa automaticamente não só a banalizar os momentos de transição vividos por seus integrantes, e a ansiedade que estes causam; como também a perder o conhecimento sobre o simbolismo existente nessas cerimônias. Essa banalização e essa perda abrem uma lacuna, com maior ou menor intensidade, na organização psíquica e social do indivíduo, que vê um momento tão importante, ao invés de ser reverenciado, ser disperso no quotidiano. (PIRES, 2001, p.143)

Dois estudos que abordam especificamente os ritos de passagem no nascimento pela Enfermagem destacam-se: um brasileiro feito por Monticelli (1997) e outro britânico realizado por Taylor (2008).

Monticelli (1997), utilizando abordagem da Antropologia e da Teoria do Cuidado Cultural de Leininger, estudou o nascimento como um rito de passagem e a abordagem da Enfermagem para o cuidado às mulheres e aos recém-nascidos.

Já Taylor (2008) desenvolveu “uma análise dos ritos de passagem das famílias que experienciaram o nascimento prematuro” [tradução livre], a partir da teoria de Genep.

Para facilitar o leitor, foi elaborado, a partir do artigo de Taylor (2008), o Quadro I que sintetiza as etapas do rito de passagem e a

comparação entre os modelos hipotéticos do recém-nascido a termo e o pré-termo.

Quadro I: Ritos de Passagem: a comparação entre o nascimento a termo e prematuro

Etapas do Rito de Passagem	Nascimento a termo	Nascimento prematuro
Separação	Ocorre no ponto do termo da gestação (37 a 41 semanas)	Ocorre antes do termo da gestação (antes de 37 semanas) Acontece dentro do hospital
Transição	Planejamento Dor Trabalho de parto Parto seguro Parto - mãe e bebê são separados e, ainda, juntos (Alojamento Conjunto) Mãe assume a responsabilidade pelo cuidado de seu bebê Assume o papel de mãe Vínculo Reconhecimento social Apoio mútuo e partilha comunitária	Choque Dor Sem planejamento Trabalho de parto Parto inseguro Parto - bebê imediatamente retirado (UTIN) Não assume o papel de mãe Não assume responsabilidade pelo seu bebê Sem vínculo Sem reconhecimento social Sem comunidade
Incorporação	Leva o bebê para casa, após o parto, em pouco tempo, de 1 a 3 dias Reincorporação na sociedade Tempo festivo Celebração da nova posição social com cartões e flores Assumir o papel de mãe	Não leva o bebê para casa por longo tempo É frequente a mãe inicialmente ir sozinha para casa Não assume o papel de mãe Não tem responsabilidade pelo seu bebê por um período prolongado Reincorporação imperfeita, como se fosse na hora errada Nenhuma celebração festiva, ou acontece atrasada

Fonte: adaptado de TAYLOR (2008, p.56-7).

Então, ao comparar as características entre os ritos de passagem no nascimento a termo e pré-termo ficam evidentes as diferenças que interferem sobremaneira a forma pela qual a mulher vivencia a maternagem.

As políticas públicas na atenção ao recém-nascido

O papel das mulheres, tal como o conhecemos, é um produto histórico. O desenvolvimento do capitalismo industrial no Ocidente acarretou que o papel das mulheres na família se tornasse cada vez mais envolvido com relações pessoais e estabilidade psicológica. A maternagem é marcadamente uma função psicológica. Chodorow (1990, p.52) salienta que a maternagem não é um fato universal transcultural e imutável. Embora as mulheres, e não os homens, tenham a primeira responsabilidade pelas crianças, muitos aspectos dessa responsabilidade sofrem mudanças. Organização da família, cuidado infantil e criação de filhos, e as relações entre o cuidado materno e outras responsabilidades modificam-se em resposta a certas mudanças na organização da produção.

O cuidado em saúde com o recém-nascido pré-termo é um exemplo dessas transformações na sociedade. No Brasil, até o início do século XX, essas crianças ao nascerem eram entregues às suas mães, em cuidado domiciliar, na tênue esperança que sobrevivessem. As mulheres, no entanto, eram acolhidas, o parto era um evento privado realizado por parteiras (mulheres) na residência; somente em casos extremos a parturiente era assistida por médicos (homens) e encaminhada ao hospital. Como o índice de mortalidade era altíssimo à época, era estimulado que as mulheres não se apegassem a seus bebês para não sofrerem com uma perda inevitável. Isto porque não havia conhecimento da fisiopatologia neonatal, nem tecnologia apropriada para o atendimento dessa clientela.

Em relação à alta taxa de mortalidade infantil à época, questiona-se se a mãe não se interessava pela criança porque, geralmente, morria dentro do 1º ano de vida ou se, a criança morria nesse período porque ela não se interessava pela criança. Santos e Glat (1999, p.24) acreditam que a responsabilidade pela alta taxa de mortalidade infantil não deve ficar somente sob a responsabilidade do comportamento materno, uma

vez que, naquela época, as condições de saúde e os cuidados médicos ainda estavam se aperfeiçoando.

A sociedade brasileira do início do século XX passou por intensas modificações político-econômicas: a consolidação do regime republicano, o início da industrialização, a formação da classe média urbana. Porém a economia era centrada na atividade agrícola, a maioria da população era rural. A assistência à mulher e ao seu recém-nascido ainda era domiciliar e feminina, embora já começasse a figurar a presença masculina do médico como detentor do conhecimento.

A constituição familiar brasileira, para Neder *apud* Santos e Glat (1999, p.26), foi influenciada pelo fim do trabalho escravo, pela urbanização e pelo deslocamento econômico para o eixo Centro-Sul dos pólos de desenvolvimento econômico e político.

De acordo com Santos e Glat (1999, p.26), a família nuclear brasileira baseou-se no padrão de organização burguesa. Na família tradicional moderna, a mulher era educada para desempenhar o papel de mãe, educadora dos filhos e fornecedora do suporte no lar para que o homem trabalhasse fora. Deveria ser prezada e aprender a ler e a escrever, tendo em vista que o papel de educadora lhe era destinado. Esse era o perfil da nova mulher brasileira, criado pelos positivistas no início do século XX. Porém, essa visão da nova família era destinada somente aos brancos, estando os ex-escravos e demais setores populares da sociedade excluídos.

Após a II Guerra Mundial, uma nova ordem social se instala, tanto pelas mudanças geo-políticas, como pela industrialização voraz. Há um imenso avanço da ciência em tecnologia de equipamentos e fármacos.

No Brasil, como afirmam Tyrrel e Carvalho (1993, p.17), o período compreendido entre fins da década de 1950 e início dos anos 1980 marca a cristalização definitiva do hospital como núcleo da atenção médica na sociedade brasileira. A distribuição espacial (geográfica) da população brasileira transforma-se de prevalentemente rural para

urbano; ocorrem mudanças nos padrões da reprodução humana, decorrentes das próprias mudanças sócio-econômicas que o país vivencia.

De acordo com Gomes (2004, p.27) a formalização das propostas programáticas na assistência à saúde materno-infantil encontra-se de forma mais evidente no Brasil a partir da década de 1970, com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujas ações estavam basicamente voltadas para o acompanhamento do pré-natal, para o controle dos partos domiciliares, para o controle do puerpério e para as ações de promoção da saúde da criança. Seu desdobramento, em 1984, nos Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi acompanhado por uma maior abrangência das ações programáticas, principalmente em relação à saúde da mulher, anteriormente limitada à oferta de assistência nos períodos de gestação e parto.

Gomes (2004, p.28) destaca que o PAISM, além de ter sido criado com base numa realidade epidemiológica, foi norteado por princípios democráticos e feministas: questionamento da relação autoritária profissional/clientela, valorização das práticas educativas e ênfase na importância de uma visão mais integral da mulher.

No âmbito da saúde da criança, o PAISC determinou cinco ações básicas para os menores de cinco anos: controle do crescimento e do desenvolvimento; promoção do aleitamento materno; assistência e controle das doenças diarreicas; assistência e controle das infecções respiratórias agudas; e controle das doenças imunopreveníveis por meio do Programa Nacional de Imunizações (BRASIL, 1984).

A ênfase nessas ações se justificava pelo perfil de morbimortalidade infantil observado à época: as principais causas de óbito em menores de um ano eram as doenças diarreicas, as infecções respiratórias e as doenças imunopreveníveis. Gomes (2004, p.28) analisa que a extensa atuação nesses agravos contribuiu de forma decisiva para

a diminuição da mortalidade infantil observada nas últimas décadas. Essa redução se concentrou no componente pós-neonatal da mortalidade infantil.

Em 1991, o Ministério da Saúde normatizou a organização da assistência à gestação e ao nascimento na Assistência Pré-Natal, ao Parto, ao Puerpério e ao Recém-Nascido (componente do PAISM), a definindo como:

O conjunto de ações e procedimentos relativos à assistência ao pré-natal, parto, puerpério e recém-nascido. Tais ações visam a acompanhar os processos fisiológicos, prevenindo e atendendo intercorrências, objetivando preservar a saúde da mãe do bebê (BRASIL, 1991a).

O Programa de Assistência Perinatal foi elaborado, também em 1991, pelo Ministério da Saúde. Em suas Bases Programáticas, define a assistência à saúde perinatal como:

Os cuidados oferecidos à unidade mãe-feto nos períodos pré-natal, parto, pós-parto, e ao recém-nascido para facilitar a sua adaptação ao meio ambiente e promover seu crescimento e desenvolvimento normais. Engloba ainda os cuidados referentes ao período pré-concepcional, procurando assegurar a fecundação em momento de homeostase (BRASIL, p. 1991b).

Pela primeira vez no Brasil, a perinatologia, enquanto responsável pelos cuidados com a unidade mãe-feto e com o recém-nascido, foi definida como área programática de atenção à saúde. Entre seus objetivos e estratégias, estava a organização da assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada, com enfoque de risco:

A organização da assistência perinatal, segundo o enfoque de risco, implica Sistemas Regionais Integrados e Hierarquizados com todos os níveis de assistência, tendo como meta, uma vez identificado o risco, que toda gestante e todo o recém-nascido sejam atendidos adequadamente no nível que o caso requer (BRASIL, 1991b).

Dentre outros objetivos apresentados destacam-se:

- a elaboração e a atualização de normas técnicas da assistência perinatal e a garantia de sua disponibilidade e adequação às realidades epidemiológicas locais;
- a valorização e a capacitação de recursos humanos com enfoque interdisciplinar;
- a melhoria da qualidade da assistência ao parto institucional e domiciliar;
- a redução na incidência de complicações inerentes ao parto, conscientizando a equipe e a população sobre as vantagens do parto normal;
- a melhoria da qualidade da assistência ao recém-nascido, promovendo o alojamento conjunto e reservando os berçários para os neonatos de risco;
- o incentivo ao aleitamento materno;
- a orientação para o planejamento familiar e a supervisão e a supervisão e avaliação do atendimento por meio de um Sistema de Informação Perinatal.

Outra estratégia adotada pelo Ministério da Saúde é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a qual vem contribuindo para a qualificação da atenção ao recém-nascido desde 1992, época de seu lançamento no Brasil.

Em 2000, o Ministério da Saúde conduz um processo mais amplo de humanização dos serviços, em maio, com o Programa de Humanização de Hospitais. Em junho lança o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como principal estratégia garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal e da assistência ao parto e ao puerpério. O PHPN amplia as ações já adotadas na área pelo Ministério da Saúde, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco e o incremento do custeio de procedimentos específicos.

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 693 de 5/7/2000, lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), que foi atualizada pela Portaria nº 1.683 de 12/07/2007 (BRASIL, 2009).

A visão brasileira sobre o Método Canguru, na realidade, é uma mudança do paradigma da atenção perinatal, onde as questões pertinentes à atenção humanizada não se dissociam, mas se complementam com os avanços tecnológicos clássicos. A mudança se caracteriza principalmente pelo cuidado neonatal, embasado em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e de sua família; respeito às singularidades; promoção do contato pele a pele o mais cedo possível; e envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê.

Então os Programas, Manuais e Portarias lançados pelo Ministério da Saúde nas últimas duas décadas trabalham com a visão de um novo paradigma, que é o da atenção humanizada à criança, a seus pais e à família, respeitando-os em suas características e individualidades.

O conjunto de ações da proposta programática para a área perinatal está em plena consonância com os pressupostos do SUS. Dentro dessa lógica, dever-se-ia encontrar, na assistência materna e neonatal, os pilares desse sistema: regionalização; hierarquização; equidade; garantia de acesso; e integralidade.

A análise de Gomes (2004, p.30) mostra, porém, que não é o quadro predominante no país, e expõe a distância entre as diretrizes e as normas programáticas governamentais e a realidade dos serviços públicos de saúde. Isso se deve à falta de articulação ou mesmo à separação entre os formuladores das normas técnicas (programas de saúde coletiva) e os responsáveis pelo gerenciamento dos serviços de saúde – nos quais as ações programáticas acontecem –; e à visão dicotômica e excludente entre a atenção básica e a de maior complexidade.

Capítulo 3

REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa utilizou o referencial de dois teóricos: o psicanalista Donald Winnicott, que estudou em profundidade a relação mãe-filho; e a enfermeira Madeleine Leininger, que elaborou Teoria do Cuidado Cultural, que são apresentados a seguir:

A Teoria do Desenvolvimento de Winnicott

Donald Woods Winnicott (1896-1971), inglês, pediatra e psicanalista. Participou de momentos críticos da política européia (grande parte de suas observações teóricas se deve ao trabalho com crianças separadas da família durante a II Guerra Mundial, na Inglaterra). Foi um observador de seu tempo com declarações sobre assuntos do cotidiano como os anticoncepcionais e o muro de Berlim.

Com vasta produção intelectual, considera-se que elaborou um novo paradigma⁴ psicanalítico, a partir de Freud (LOPARIC, 2001 e 2006).

Nascendo numa dependência absoluta, prévia a qualquer relação de fato, o homem winnicottiano tem um estado inicial de solidão e silêncio, que se repete ao final de todo seu processo de maturação, na morte. Esse ponto de vista winnicottiano coloca o ser humano como uma criatura radicalmente diferente das outras da natureza. Enquanto os pacientes de Freud sofrem de reminiscências do passado, marcas de uma relação triangular (complexo de Édipo), os bebês winnicottianos podem adoecer pelos problemas ocorridos no seu processo de amadurecimento, vivido na relação mãe-bebê (LOPARIC, 2006).

⁴ O paradigma winnicottiano é defendido por Zeljko Loparic (2001 e 2006), filósofo e professor da UNICAMP, a partir da epistemologia de Thomas Kuhn.

Elaborou, dentre outras, a Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo, um estudo pormenorizado da relação mãe-filho e das influências da família e do ambiente, postulando a interação de processos inatos de maturação com a presença de um ambiente facilitador, desde uma fase de dependência absoluta à independência humana (OUTEIRAL, 2009, p.12).

A formulação da Teoria do Desenvolvimento Emocional foi central em seu trabalho teórico e clínico, utilizando a expressão “espinha dorsal” (Winnicott, 2005c, p.241) para expressar essa importância.

Dias (2003, p.16) coloca que Winnicott não chegou a fazer uma apresentação sistemática da Teoria do Desenvolvimento, embora, ao longo de toda sua obra, tenha sempre insistido no caráter central.

O Desenvolvimento Emocional Primitivo do Bebê é o período *antes que ele reconheça a si mesmo (e, portanto, os outros) como pessoa inteira que ele é (e que os outros são)* (WINNICOTT, 2000, p.222).

Para atingir esse estágio, a criança passa por quatro processos chaves sumarizados por Outeiral (2009):

1º) O caminho da dependência à independência, com este percurso possuindo três etapas:

- a) dependência absoluta (correspondendo ao conceito de narcisismo primário de Freud e relacionada a mãe-ambiente/objeto subjetivamente concebido, momento de ser, experiência possibilitada pelo elemento feminino puro).
- b) dependência relativa (emergência do campo fusional com a mãe, surgimento da mãe objeto/objeto objetivamente percebido, mãe-outro, ou como brincava Winnicott, a *m/other*, momento do fazer, possibilitado pelo elemento masculino puro).
- c) caminhando em direção à independência, enfatizando que esta nunca é absoluta. O indivíduo sadio nunca se torna isolado, mas se relaciona ao ambiente de tal modo que se pode dizer que o indivíduo e o ambiente se tornam interdependentes.

2º) O conceito de não-integração e integração. Esses conceitos se referem, em princípio, à saúde, enquanto a desintegração se refere à doença, como reação, por exemplo, a uma experiência traumática.

3º) O conceito de personalização que significa a integração psique-soma, a constituição de uma “trama psicossomática”, ou seja, a “psique habitando o soma”. Esse processo é possível quando a mãe exerce com o bebê a preocupação materna primária

4º) Remete à passagem do estado de pré-ocupação ao estado de preocupação (concern).

O estágio de preocupação (concern) constitui-se quando o bebê passa a sentir-se preocupado com a mãe, quando passa a relacionar-se como uma pessoa total com uma mãe total, e passar a importar-se com as consequências de seus próprios pensamentos e atos sobre ela (WINNICOTT, 2000, p.230).

A palavra “preocupação” (concern) é empregada para expressar de modo positivo um fenômeno que em seu aspecto negativo é expresso pela palavra “culpa”. O sentimento de culpa é a ansiedade ligada ao conceito de ambivalência. Preocupação implica maior integração e crescimento e se relaciona de modo positivo com o senso de responsabilidade do indivíduo, especialmente no que concerne aos relacionamentos em que entram os impulsos instintivos (WINNICOTT, 2007, p.70).

Esses processos referidos se organizam à medida que exista a preocupação materna primária, descrita como um estado psiquiátrico em que:

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e, principalmente, ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassaram. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida (WINNICOTT, 2000, p. 401).

No estado de preocupação primária, as coisas do cotidiano, que até o fim da gravidez tinham um sentido na vida da mulher, perdem esse sentido e a mulher volta sua atenção para o recém-nascido, tornando-se capaz de realizar cuidados para com o seu bebê — a maternagem.

Esta mãe, que desenvolve a preocupação materna primária, é denominada mãe suficientemente boa, mãe devotada comum ou ambiente facilitador. A importância do ambiente está em propiciar o desenvolvimento das potencialidades individuais.

Este ambiente (mãe suficientemente boa) é facilitador ao desenvolvimento do bebê (processo de maturação) por desempenhar três funções:

1. **Holding** (sustentação): que é a possibilidade de sustentar o bebê num sentido amplo da palavra. Este sentido inclui deixá-lo em alguns momentos para que ele possa fazer suas próprias experiências, como a de ser sustentado por outros materiais não-humanos. Quando a enfermeira coloca o bebê no colo de sua mãe favorece a experiência de *holding*. Caracteriza-se pela maneira como o bebê é sustentado no colo pela sua mãe e é, ao mesmo tempo, uma experiência física e uma vivência simbólica, que significa que a firmeza com que é amado e desejado como filho. Segurar o bebê, impedir que ele caia, acalantar, aquecer, amamentar... Podem resultar em circunstâncias satisfatórias e acelerar o processo de maturação. A integração é propiciada pelo *holding*.
2. **Handling** (manejo): que é justamente o modo especial como a mãe manipula o seu bebê e também como o bebê manipula a mãe (WINNICOTT, 1994). A experiência de entrar em contato com as diversas partes do corpo através das mãos cuidadosas da mãe. É a maneira como o bebê é tratado, cuidado, manipulado. Winnicott observou em seu trabalho com crianças fisicamente doentes, que

às vezes podem surgir problemas psicológicos devido à falta de contato com o corpo. A personalização é propiciada pelo handling.

3. ***Object presenting*** — **Apresentação dos objetos** ou **realização**: é a mãe estar disponível para as demandas de seu bebê, quando e como ele necessitar. Também chamada de realização, por tornar real o impulso criativo da criança. Inclui não só o início das relações interpessoais, mas também a introdução de todo o mundo de realidade compartilhada para o bebê. A mãe começa a mostrar-se substituível e a propiciar ao seu bebê o encontro e a criação de novos objetos que serão mais adequados ao seu atual estado de desenvolvimento. A relação objetal é propiciada pela apresentação dos objetos.

É necessário comentar que Winnicott escreveu que não existe um bebê se não houver uma mãe e, conseqüentemente, não pode existir uma mãe sem um pai, ainda que no imaginário da mãe e referido, eventualmente, ao próprio pai da mãe. Outeiral (2009, p.15) considera que a mãe só poderá exercer a preocupação materna primária se houver um pai suficientemente bom. É bem verdade que Winnicott escreveu sobre as relações precoces entre a mãe e o bebê, mas ele inúmeras vezes tratou, também, da questão do pai.

Ou seja, para que a mulher possa exercer a maternagem, função primordial na vida do bebê, precisa do apoio e da presença do pai ou quem exerça esse papel. Dessa forma, precisamos, na nossa prática assistencial na Unidade Neonatal facilitar e promover além da presença da mãe, também do pai e da família. Isso tanto para o desenvolvimento psíquico do bebê, como para o suporte da mulher.

Winnicott intencionalmente utilizava as palavras 'suficientemente boa(m)' para a mãe e o pai. Visto que:

pais suficientemente bons podem ser usados por bebês e crianças pequenas, e suficientemente bons significa você e eu. Para sermos coerentes e, assim, previsíveis para os nossos filhos,

devemos ser nós mesmos. Se formos nós mesmos, os nossos filhos podem passar a conhecer-nos. Se estivermos representando um papel, seremos certamente descobertos quando nos surpreenderem sem as nossas máscaras (WINNICOTT, 1999, p.141).

Para Winnicott (2008a, p.25), a assistência a um recém-nascido é uma tarefa absorvente e contínua, que só pode ser bem executada por uma pessoa – sua mãe.

Porém, a maternagem pode ser exercida, na falta da mãe biológica, de acordo com Winnicott (2000, p.404) pela mãe adotiva que seja capaz de “ficar doente no sentido da preocupação materna primária”, estando em condições de adaptar-se suficientemente bem, à medida de identificar-se com o bebê.

O objetivo dos cuidados maternos não está limitado ao estabelecimento da saúde na criança, mas inclui o fomento de condições para a experiência mais rica possível, com resultados a longo prazo na profundidade e valor crescentes do caráter e personalidade do indivíduo (WINNICOTT, 2008a, p.63).

Winnicott (2008a, p.99) tem uma frase impactante: “Não existe tal coisa chamada bebê”. E a seguir explica: “significando com isso que se decidirmos descrever um bebê, encontrar-nos-emos descrevendo um bebê e alguém. Um bebê não pode existir sozinho, sendo essencialmente parte de uma relação”.

Em outro texto novamente, a ênfase na relação mãe filho, Winnicott (2007, p.40) explica que “sempre que se encontra um lactente se encontra o cuidado materno, e sem cuidado materno não poderia haver um lactente”.

A mãe é necessária:

a) Primeiro como pessoa viva. O bebê deve estar apto a sentir o calor de sua pele e alento, a provar e ver. Isso é vitalmente importante. Deve existir completo acesso ao corpo vivo da mãe. Sem a presença viva da

mãe, a mais erudita técnica materna nada vale (WINNICOTT, 1985, p.99).

b) Em segundo lugar, a mãe é necessária para apresentar o mundo ao bebê. Através das técnicas da pessoa ou das pessoas que o assistem, processa-se a apresentação do bebê à realidade externa, ao mundo em seu redor (WINNICOTT, 2008a, p.99).

c) Uma terceira maneira em que a mãe é necessária - a própria mãe e não uma turma de excelentes pessoas de boa vontade - é tarefa de deslusionamento (WINNICOTT, 2008a, p.102).

Em 1957, Winnicott escreveu que seria salutar fazer ver às mães que, por vezes, mães não amam seus bebês no começo, ou mostrar por que, com frequência, sentem-se incapazes de amamentar o bebê, ou explicar-lhes por que o amor é uma questão complexa e não um mero instinto (WINNICOTT, 1999, p.5).

Para finalizar, saliento três aspectos importantes nos textos de Winnicott:

1º) Sua teorização adveio da prática pediátrica e, posteriormente, da clínica psicanalítica de crianças e adultos. Há inúmeros exemplos do *setting* psicoterapêutico.

2º) O bebê descrito é o nascido a termo. Considerava que o momento certo do nascimento no sentido psicológico coincide com o fisiológico. A prematuridade é antecipação, pós-termo é adiamento (WINNICOTT, 2006, p.46).

3º) Quando se refere ao parto normal, refere-se por via vaginal, realizado pelas *midwives* (traduzido por parteira ou por enfermeira) no domicílio ou pelos médicos obstetras no hospital (Winnicott, 2005b). O parto anormal é descrição do parto prolongado. Refere-se pouco à “intervenção cesariana” (Winnicott, 1990), até porque em sua época não havia os atuais elevados e alarmantes números do procedimento.

A Teoria do Cuidado Cultural de Leininger

Madeleine M. Leininger, nascida em 13 de julho de 1925, em Sutton, Nebraska, Estados Unidos. É uma das pesquisadoras pioneiras, que, na segunda metade do século XX, nos Estados Unidos, desenvolveu uma Teoria de Enfermagem. Alligood e Tomey (2003, p.14) afirmam que essas estudiosas desafiaram o *status quo* com ideias criativas tanto para a saúde das pessoas, como para o desenvolvimento da Enfermagem, colaborando para o seu reconhecimento como disciplina acadêmica e profissão, conseguido no último século.

Em 1954, Leininger obteve o título *Master of Science in Nursing* (M.S.N.), em Atenção Psiquiátrica. Posteriormente, trabalhando na Universidade de Cincinnati, começou o primeiro programa universitário do mundo de enfermagem dedicada aos cuidados psiquiátricos infantis. Durante esse período, escreveu junto com Hofling um dos textos básicos da enfermagem psiquiátrica americana, *Basic psychiatric concepts in nursing* (1960), que foi publicado em 11 línguas diferentes (WELCH, 2003).

Na metade dos anos 1950, quando trabalhava num centro de orientação infantil cuidando de crianças com problemas mentais, Leininger (Leininger e McFarland, 2006) percebeu a falta de compreensão dos fatores culturais que influíam no comportamento das crianças por parte dos profissionais. As crianças de diferentes estratos sociais e origem distintas (judias, africanas, apaches, alemães e anglo-americanas) expressavam suas culturas no brincar, comer, dormir, interagir e explicitavam claramente necessidades diferenciadas, exceto no atendimento de algumas necessidades físicas. A seu ver, as teorias psicanalíticas e as estratégias terapêuticas não as atendiam plenamente. Com o decorrer do tempo, compreendeu que o comportamento das crianças era culturalmente constituído e influenciado por diversos fatores.

Era evidente que as enfermeiras e outros profissionais da saúde falhavam em reconhecer e apreciar o papel importante da cultura no

cuidar e nos processos de cuidado, e práticas de tratamento médico. A cultura e o cuidado foram identificados por Leininger (Leininger e McFarland, 2006) como as principais dimensões que faltavam na enfermagem e nos serviços de cuidado à saúde.

O interesse da teórica continuou a crescer junto com muitas perguntas sobre a interface da cultura e do cuidado. Compreender e responder adequada e terapeuticamente a clientes de culturas diferentes era uma necessidade crítica que merecia explicações teóricas e pesquisa de investigação para resultados benéficos (LEININGER e MCFARLAND, 2006).

Nos anos 1960, decidiu seguir um programa acadêmico de doutorado em Antropologia na Universidade de Washington, em Seattle. Foi a primeira enfermeira com doutorado em Antropologia e, durante esse processo educacional, desenvolveu a Teoria do Cuidado Cultural. Consequentemente, criou uma nova disciplina: a Enfermagem Transcultural, que sucintamente é a forma como a enfermeira interage com o conceito de cultura, sendo baseada em Antropologia e Enfermagem e apoiada pela teoria, pesquisa e prática (LEININGER, 2009).

Após cinco décadas de estudo e de pesquisa, a Teoria de Cuidado Cultural Diversidade e Universalidade foi conferida como uma teoria principal, relevante e dominante em enfermagem. Foi também usada por outras disciplinas relacionadas à saúde para prover o cuidado transcultural a pessoas de diversas culturas. Os fatores do cuidado, culturalmente baseados, foram sendo reconhecidos como influências sobre as expressões humanas relativas à saúde, à doença, ao bem-estar ou para enfrentar a morte e as deficiências.

Leininger tem uma produção intelectual profícua da qual destaco os livros: *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend* (1970, reeditado em 1994); *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and*

Practice (1978, reeditado em 1994); *Cultural Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (1991, reeditado em 2006).

No desenvolvimento da Enfermagem Transcultural, Leininger (Leininger e McFarland, 2006) identificou três períodos históricos ou eras no desenvolvimento:

1) *Primeira Era* (1955 a 1975) — *O Campo da Enfermagem Transcultural* foi estabelecido para o avanço do conhecimento e práticas de enfermagem. Leininger reorganizou os relacionamentos entre a enfermagem e a antropologia, mas conservou o foco na enfermagem e nos benefícios de sua teoria. Nos anos 1960, Leininger conceituou a enfermagem transcultural como uma área formal de estudo e prática. No início desta era, foi imperioso o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem transcultural com específicos conceitos, princípios e práticas potenciais. Em 1975, através da Teoria do Cuidado Cultural – Diversidade e Universalidade (e o uso do Modelo de Sunrise), os fenômenos do cuidado tornaram-se de interesse geral, para muitas enfermeiras nos Estados Unidos, Canadá e muitos outros lugares do mundo. Em 1974, Leininger fundou a organização *Transcultural Nursing Society*.

2) *Segunda Era* (1975 a 1983) — *Expansão do Programa e da Pesquisa em Enfermagem Transcultural*. Um crescente número de enfermeiras tornou-se interessado na enfermagem transcultural em todo o mundo, para melhor compreender as semelhanças culturais e as diferenças. Leininger relatou que muitas enfermeiras que estavam trabalhando na Arábia Saudita, Índia, África e em outras partes do mundo, tinham uma nova e futura perspectiva para enfermagem, educação e prática. As enfermeiras canadenses e australianas tornaram-se interessadas em enfermagem transcultural quando participaram de oficinas, conferências e publicações promovidas principalmente pela *Transcultural Nursing Society*. As enfermeiras do Brasil, China, Japão, Coréia, Suécia, Dinamarca e Holanda foram para os Estados Unidos estudar

enfermagem transcultural com os líderes no campo e para aprender os modos de desenvolver programas congruentes, educacionais e clínicos, com as culturas em suas terras natais.

Durante a Segunda Era, houve crescimento considerável e progresso em estabelecer a educação, a pesquisa, a prática e a consulta através dos Estados Unidos em enfermagem transcultural. Foram feitas também incursões significativas em outras nações.

3) *Terceira Era* (1983 até o presente) — *Estabelecimento da Enfermagem Transcultural no Mundo* é o período durante o qual, a agenda global da enfermagem transcultural foi o primeiro enfoque. Durante as últimas duas décadas, houve aumento do número de enfermeiras que tem viajado e trabalhado em diferentes países e tem interagido com as pessoas de culturas diferentes, eletronicamente e frente a frente. Com os rápidos avanços em tecnologias contemporâneas da comunicação e a velocidade com que os viajantes vão de um lado a outro do planeta, as oportunidades de colaboração transcultural entre as enfermeiras e os provedores de cuidado à saúde de outras disciplinas aumentam fortemente a cada ano. A enfermagem transcultural mundial tornou-se verdadeiramente um foco global, de interesse e prática.

Leininger, atenta às novas formas de divulgação do pensamento, mantém desde 1997 seu próprio *website* www.madeleine-leininger.com, no qual os leitores podem, além de obter informações sobre a enfermagem transcultural, interagir com seus colaboradores oficiais.

Durante a Terceira Era, em 1989, começou a publicação do *Journal of Transcultural Nursing*, como publicação oficial da *Transcultural Nursing Society*. O propósito desta publicação foi partilhar academicamente o trabalho entre as enfermeiras transculturais e os interessados e disseminar o conhecimento de enfermagem transcultural. Os volumes a partir de 1999 estão disponíveis eletronicamente para os brasileiros através do *website* da CAPES, quando acessado nas bibliotecas conveniadas.

No levantamento bibliográfico realizado no *Journal of Transcultural Nursing* sobre estudos realizados especificamente no Brasil, no período de 1999 a 2009, encontrei 3 artigos apresentados sucintamente a seguir:

Com relação ao relacionamento entre saúde e baixo status sócio econômico, Kraatz (2001), da Universidade de Minnesota, dirigiu um estudo etnográfico com a parceria do Núcleo de Assistência para o Autocuidado da Mulher (NAAM, da Universidade de São Paulo). O objetivo do estudo foi descrever o entendimento de saúde e doença dentro da cultura de mulheres que moravam em uma favela em São Paulo. A análise resultou numa estrutura taxonômica para o domínio da saúde e da doença, com seis componentes necessários para a manutenção da saúde: higiene, nutrição, visita a médicos, chás de ervas, magias, simpatias e espiritualidade. A investigadora recomendou a integração dos componentes identificados de saúde no ensino, a fim de realçar a congruência entre o cuidado da enfermagem e a visão de mundo dos moradores da favela.

Hoga, Alcântara e Lima (2001) empreenderam um estudo com 15 homens com idades de 21 a 64 anos, que viviam em comunidades de baixa renda em São Paulo. O objetivo do estudo foi explorar o envolvimento dos homens em saúde reprodutiva. Os achados foram: a falta de educação sexual consistente em casa com sua família; valores machistas influenciam na sua percepção; e expectativas para com as mulheres e contracepção. Os modos de cuidado cultural de Leininger foram usados para explicar as ações de cuidado de enfermagem significativas culturalmente.

Oliveira e Hoga (2005) realizaram uma pesquisa com o objetivo de descrever o processo de procura e submissão à contracepção cirúrgica por mulheres de uma comunidade de baixa renda na cidade de São Paulo. As três categorias culturais descritas foram: (a) as dificuldades encontradas pelas mulheres com os métodos contraceptivos não-cirúrgicos; (b) os obstáculos e barreira para obter a contracepção

cirúrgica por mulheres de baixa renda; e (c) crenças e valores sobre as mulheres que submeteram-se à laqueadura tubária. O tema cultural foi a de que “ser operada foi a realização de um grande sonho”. O modelo de *sunrise* de Leininger forneceu um quadro para a discussão dos resultados e as implicações para o cuidado de enfermagem congruente culturalmente e socialmente.

O método de pesquisa da Teoria do Cuidado Cultural

Para atender aos objetivos da Teoria do Cuidado Cultural, Leininger desenvolveu um método de pesquisa qualitativo para ajudar as enfermeiras, sistematicamente, a documentar e obter maior compreensão e significado das experiências de vida diária das pessoas relacionadas ao cuidado humano, saúde e bem-estar em diferentes e semelhantes contextos ambientais (LEININGER e MCFARLAND, 2006, p.47).

O método focaliza no “aprender com as pessoas através dos seus olhos, ouvidos e experiências” e como faz sentido fora das situações e dos modos de viver que lhes são familiares. (LEININGER e MCFARLAND, 2006, p.48).

De acordo com qualquer método, o teórico desenvolve não somente os principais aspectos do método, mas também as técnicas, estratégias, e modos que podem ser usados para atingir objetivos do estudo. São os aspectos metodológicos com técnicas e guias específicos que diferenciam um método de pesquisa de outros. Nos últimos anos da década de 1950, conduzindo seus primeiros estudos, Leininger (Leininger e McFarland, 2006, p.58) concebeu a ideia dos “capacitadores” (enabler) como meios de explicar, provar, ou descobrir os fenômenos em profundidade que pareciam tão complexos, evasivos e ambíguos como cuidado humano. Ela não gostava dos termos ferramenta ou instrumento, porque eles eram impessoais, mecânicos e ajustáveis à objetivação, experimentação e outros métodos e aspectos

lógicos do paradigma quantitativo. E também não gostava da idéia do pesquisador ser o instrumento de um investigador frio, desligado e impessoal. A idéia de capacitadores (enabler) e pesquisadores amistosos indicavam um meio participativo e cooperativo de obter as ideias que, às vezes, eram difíceis de saber imediatamente sem a prova gentil dos informantes querendo partilhar suas ideias. Os capacitadores eram condizentes com o paradigma qualitativo e permitiam explicar o cuidado cultural.

Leininger desenvolveu vários capacitadores (enabler) para retirar o cuidado em profundidade e o conhecimento da cultura dos informantes que vivem em diferentes contextos culturais, sendo destacada aqui a História de Vida (Life History):

O Capacitador História de Vida (Life History) de Cuidado à Saúde — É um guia para obter dados longitudinais de informantes selecionados de “suas experiências de vida” e com enfoque no cuidado e cuidar (ou aspectos relacionados à enfermagem), nos sistemas de saúde profissionais e populares, no domicílio ou nas instituições. As histórias de vida têm sido de grande valia em antropologia. Para Leininger e McFarland (2006, p.69), as enfermeiras agora estão aprendendo como usar as histórias de vida em pesquisas e atrelar as práticas de enfermagem e de cuidado à saúde.

O capacitador História de Vida de Cuidado à Saúde foi designado para obter um registro completo e sistemático dos informantes sobre seu cuidado saudável, ou menos saudável, modos de vida e como as crenças e práticas do cuidado influenciaram no seu bem-estar. Dados ricos e detalhados têm sido obtidos com respeito ao cuidado humano e aos valores de saúde, expressões e significados. As enfermeiras-pesquisadoras que usam o método de etno-enfermagem são estimuladas a usar este capacitador para destacar critérios históricos sobre os valores de cuidado à saúde e práticas, especialmente relativos aos padrões e práticas de cuidado genérico e profissional através do ciclo da vida.

Ao realizar o levantamento de dissertações e teses no Brasil que utilizaram como referencial teórico de Leininger e o método História de Vida, foram encontradas quatro pesquisas.

Interessante notar que todas tiveram como sujeito mulheres. Os objetos de estudo pesquisados foram:

- a visão da gestante sobre sua condição de risco na perspectiva da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, por Santos (2003);
- os fatores sociais e culturais que interferem no tratamento da sífilis na visão materna, por Silva (2003);
- a vivência da mulher sobre a episiotomia, por São Bento (2005);
- a percepção da mãe de recém-nascido pré-termo internado, em um Hospital Amigo da Criança, acerca da amamentação, por Alves (2006).

Há de se destacar que, como no presente estudo, não foi empregada a etno-enfermagem, o referencial metódico adotado pelos quatro pesquisadores foi de Daniel Bertaux. Porém, os autores utilizaram conceitos da Teoria do Cuidado Cultural para analisar os depoimentos.

Capítulo 4

ABORDAGEM METODOLÓGICA

O Método História de Vida

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa, na visão de Chizzotti (1991, p.85), privilegia algumas técnicas que coadjuvam a descoberta de fenômenos latentes, tais como a observação participante, história ou relatos de vida, análise de conteúdo, entre outros. Estes estudos reúnem um *corpus* qualitativo de informações que se baseia na racionalidade comunicacional. Ainda segundo este autor,

observando a vida cotidiana em seu contexto ecológico, ouvindo as narrativas, lembranças e biografias, e analisando documentos, obtém-se um volume qualitativo de dados originais e relevantes, não filtrados por conceitos operacionais, nem por índices quantitativos (CHIZZOTTI, 1991, p.85)

Na análise de Brioschi e Trigo (1987, p.631) o desenvolvimento tecnológico favoreceu a efervescência dos métodos qualitativos, à medida que o uso do gravador substituiu apontamentos manuscritos no campo ou mesmo memorizados, de forma, muitas vezes, imperfeitas ou incompletas.

Neste tipo de investigação, os dados

[...] jamais desembocam em descrições estatísticas; tampouco se propõe verificar hipóteses; mostram bem como funciona um mundo social ou uma situação social. Esta função descritiva é essencial (...) e leva a uma descrição em profundidade do objeto social que tem em conta sua configuração interna de relações sociais, sua relação de poder, suas tensões, seus processos de reprodução permanente e sua dinâmica de transformação.

O objetivo de uma investigação etnosociológica é elaborar pouco a pouco um corpo de hipóteses plausíveis, um

modelo baseado nas observações, frutífero em descrições de mecanismos sociais e em propostas de interpretação (mais que de explicação) dos fenômenos observados. (BERTAUX, 2005, p.23).

O método adotado nesta pesquisa será a História de Vida, que permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa, o que vai ao encontro do objeto de estudo. Entende-se que, se queremos saber a experiência e perspectiva de um indivíduo, não há melhor caminho do que obter estas informações através da própria voz da pessoa.

O ato de contar história é muito antigo. Foi através da história que os elementos de vida foram transmitidos. Segundo Atkinson (1998, p.1):

Contar histórias é uma forma fundamental da comunicação humana. Pode servir como uma função essencial em nossas vidas. Nós sempre pensamos na forma da história, falamos na forma da história e trazemos significados as nossas vidas, através da história. Contar histórias, na sua forma mais comum de todos os dias, é contar uma narrativa por conta de um evento, uma experiência, ou outro qualquer acontecimento. Nós podemos falar desses acontecimentos porque nós sabemos o que aconteceu. Isto é o conhecimento básico de um evento que permite e nos inspira a falar sobre ele.

O método História de Vida utiliza-se das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas. Busca conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou de vários informantes, fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema. Dá-se ao sujeito liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador.

A História de Vida é uma narrativa completa, agradável, de toda a experiência de vida como um todo, focalizando os mais importantes aspectos. Cada história de vida conterà uma visão de mundo pessoal, uma filosofia pessoal e sistema de valores pessoais.

Os narradores de estórias de vida oferecem significados altamente pessoais, lembranças e interpretações próprias, fazendo do contar a estória de vida, uma forma de arte (ATKINSON, 1998, p. 27).

Quanto ao significado do termo História de Vida, a língua inglesa dispõe de duas palavras para traduzir o vocábulo francês “*historie*”, que são “*story*” e “*history*”. Em 1970, o sociólogo americano Denzin propôs a distinção de terminologia, conforme esclarece Bertaux (1980, p.200), ***life story***, a estória ou o relato da vida, que designa o relato de vida narrado tal como a pessoa vivenciou. O pesquisador não confirma a autenticidade dos fatos, pois o importante é o ponto de vista de quem está narrando.

A ***life history***, ou estudo de caso clínico, aprofunda estudos sobre a vida de um indivíduo ou grupo de indivíduos. Inclui, além da narrativa da vida, todos os documentos que possam ser consultados como prontuário médico, processo judiciário, testes psicológicos, testemunhos de familiares, amigos, entrevistas com pessoas que conhecem o sujeito ou a situação do estudo.

Neste estudo foi utilizada a *life history*, já que foram coletados os dados dos prontuários das crianças para a obtenção de dados referentes à história gestacional, aos diagnósticos, e às terapêuticas implementadas durante a hospitalização na unidade neonatal, com o intuito de aprofundar e entender a vida das mulheres que tiveram filhos pré-termo.

O propósito da investigação da estória de vida é revelar como as pessoas comuns dão sentido às suas vidas, dentro dos limites que lhes são concebidos. O problema mais importante da pesquisa de uma estória de vida é o da investigação de como as pessoas vivem o ciclo de acontecimentos chamado tempo de vida, e o fazem imprimindo a própria marca ou assinatura. Isto é, como as pessoas deixam sua marca nas outras pessoas, lugares e coisas com as quais tocaram durante o tempo em que percorreram o ciclo de acontecimentos que chamaram a sua vida e a vida dos outros (DENZIN, 1984, p.42).

Uma História de Vida é a essência do que tenha acontecido a uma pessoa. O que é importante é que a história de vida seja contada na forma, formato e estilo que seja mais confortável para o narrador.

A estória de vida sempre traz ordem e significado para a vida que está sendo contada, tanto para o narrador como para o ouvinte. Considerado como um modo de entender

melhor o passado e o presente e um modo de deixar legado pessoal para o futuro (ATKINSON, 1998, p.8).

O uso do método como meio de pesquisa está em uma evolução crescente. Foi introduzido no meio acadêmico, em 1920, pela Escola de Chicago. Chizzotti (1991, p.96) relata que a História de Vida que foi

desenvolvida por Znanieski, na Polônia, foi preterida pelas técnicas quantitativas e proscrita dos meios de pesquisa. A partir dos anos 60, a história de vida procura superar o subjetivismo e impressionista e formular o estatuto epistemológico, estabelecer as estratégias de análise do vivido e constituir-se em método de coleta de dados do homem concreto. No contexto da pesquisa, tende a romper com a ideologia da biografia modelar de outras vidas para trabalhar os pessoais no contexto das relações sociais.

A História de Vida pode ser utilizada como fonte complementar de pesquisa, como ilustração e um meio de descobrir pistas relevantes para a pesquisa. Porém quando utilizada como método principal, revela a rede de relações sociais. Santos (1995, p.95) destaca que

As experiências humanas são descritas em sua dimensão temporal e permitem alcançar os mecanismos de funcionamento da estrutura social. Respeitam-se a individualidade e a especificidade do ator, porém, seu discurso é decomposto, reagrupado e interpretado. A interpretação pode ocorrer segundo a posição funcional ou de classe que cada ator ocupa no interior da estrutura social.

Glat (1989, p.30) empregou como método de pesquisa em sua tese de doutorado o relato de vida, porém justificou utilizar o termo “História de Vida” pela conveniência de ser mais conhecido. Para a autora (1989, p.32), a diferença fundamental do método História de Vida para outras abordagens metodológicas é o respeito que o pesquisador tem pela opinião do sujeito. O pesquisador acredita no sujeito. E esse último não é visto como objeto passivo de estudo. Ao contrário, o pesquisador e o sujeito se completam e se modificam mutuamente em uma relação dinâmica e dialética.

Um aspecto interessante a ser ressaltado é que o pesquisador não

tem controle da situação, ao contrário, todo estudo é direcionado pelo entrevistado, a partir de sua visão de mundo, de como vivenciou os fatos e como eles interagem com o presente.

A história de vida não é uma progressão ao longo de um *continuun*, mas um vai-e-vem sobre a experiência anterior de um indivíduo ou de um grupo, revela-se estranha a um modelo de sucessão cronológica linear. Em relação ao entrevistado, a história de vida constitui um conjunto significativo para sua seleção, seus procedimentos, sua ordem narrativa. Organiza-se apenas com dificuldade a partir de uma reconstrução temporal definida. Corresponde muito raramente a um critério pré-estabelecido que reparte o passado e o futuro em relação a um presente bastante flutuante que derrota a precisão e o final do tempo cronológico. Esta linha de separação evolui continuamente em função não apenas dos pesquisadores, mas também de situações diferentes no âmbito de uma pesquisa. A definição de um ponto zero temporal da parte dos pesquisadores é sempre uma convenção arbitrária. Da parte do entrevistado-narrador, é sempre uma escolha fluida (CIPRIANI, POZZI e CORRADI, 1983).

Não confundir diacronia e cronologia. A diacronia se refere à sucessão temporal de acontecimentos, é dizer as relações de antes/depois. A cronologia se refere à datação de quanto à data do acontecimento, ou quanto à idade. No transcurso da entrevista, há de se oportunizar que o sujeito ofereça os elementos necessários para a reconstrução da diacronia, e não importuná-lo com constantes perguntas sobre as datas precisas de tal ou qual acontecimento (BERTAUX, 2005).

Na utilização da História de Vida, há necessidade de estabelecimento de uma conversação ou um diálogo entre informante e pesquisador, porém dois aspectos são destacados por Debert (1997, p.142). O primeiro é que não se deve impor aos informantes categorias que não lhe dizem respeito, vindas de uma teoria exterior a eles ou ao conjunto de valores próprios do pesquisador. O segundo aspecto é que

se deve dar condições ao entrevistado de levar o profissional a ver outras dimensões e a pensar de maneira mais criativa a problemática que, através dos seus depoimentos, se propõe a analisar.

O método História de Vida tem sido utilizado em recentes pesquisas na Enfermagem sobre os mais diferentes temas.

Santos e Glat (1999, p.62), em sua tese de doutorado, em 1995, trabalhou com mães de crianças especiais adotando esta metodologia por permitir uma aproximação maior com a clientela, sendo possível “compreender e interpretar o significado para as mães de ter um filho-especial”.

Na dissertação de mestrado “O cliente renal crônico e sua adaptação à nova condição de vida”, Silva (1996, p.36) referiu ter utilizado o método História de Vida “por considerar que o importante, para uma assistência de enfermagem individualizada e holística, é a visão que o próprio cliente tem de sua condição de saúde”.

Assad (1997, p.93), na dissertação de mestrado “Entre o sonho e a Realidade de Ser Transplantado Renal”, optou pela utilização deste método para captar a subjetividade dos relatos dos clientes. Para a autora, a História de Vida trouxe benefícios para a compreensão dos fatos e, ainda, para uma reflexão pessoal sobre sua atuação como enfermeira atendendo a transplantados renais.

Utilizei o método História de Vida em dissertação de mestrado (Santos, 1998, p.23), para “identificar a percepção materna do desenvolvimento do seu filho de 0 a 12 meses residentes em uma favela do município do Rio de Janeiro”.

Apontam-se outras dissertações com objetos variados como Gonçalves (1999) – “A percepção da mulher sobre DST”; Rubio (1999) – “A percepção de mães de crianças com anomalia congênita em relação à assistência de saúde recebida”; Ribeiro (2000) – “A percepção da gestante HIV positivo em relação à soropositividade”; Marquez (2000) – “Percepção dos promotores de saúde sobre seu papel social e suas

relações desenvolvidas com as instituições de saúde e a comunidade de Villa el Salvador”; Chamilco (2001) – “As práticas obstétricas adotadas por parteiras tradicionais na assistência ao parto domiciliar”.

Quanto às teses de doutorado, operacionalizadas sob os trilhos da História de Vida, destacam-se a realizada por Spíndola (2002) que teve como objeto de estudo – “O cotidiano da mulher-mãe-trabalhadora de enfermagem”; o estudo de Silva (2003) que teve como objeto “Os fatores sociais e culturais que interferem no tratamento da sífilis na visão materna”; a pesquisa de Dias (2004) que teve como objeto “A percepção que a equipe de enfermagem tem de sua experiência profissional em atuar no nascimento de uma criança portadora de malformação congênita”; e a tese de Alves (2006) cujo objeto foi “A percepção de mães de recém-nascido pré-termo, internado em um Hospital Amigo da Criança, acerca da amamentação”.

O que se observa é que as enfermeiras não têm encontrado respostas puramente científicas que justifiquem o seu cuidar. Há necessidade de ouvir o cliente, conhecer o que pensa, o que sente e, principalmente, o que precisa para que juntos possam negociar o tipo de cuidado de que necessita e que pode ser implementado. Por isso, a utilização do método História de Vida possibilita que a assistência prestada realmente atenda as necessidades da clientela. Deixando de ser uma atuação imposta de cima para baixo, para ser um cuidado discutido com o cliente.

O Caminho Metodológico

Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Maternidade do Município do Rio de Janeiro, de assistência neonatal terciária, situado na zona norte. A escolha deste cenário deve-se ao fato de ser referência do município, com grande demanda de clientela.

A Unidade Neonatal dispõe de 16 vagas de terapia intensiva e 35 vagas na unidade intermediária (UI), com 4 leitos destinados ao método canguru.

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a mãe pode acompanhar o filho durante o dia, porém, de acordo com a dinâmica do setor, quando há necessidade de realizar um procedimento invasivo, por exemplo, todos os acompanhantes saem do salão. No período noturno, não é permitida visita. Na UTIN, são disponibilizadas algumas cadeiras para as mães, mas em quantidade insuficiente para todas, havendo revezamento entre as usuárias.

Enquanto o bebê está hospitalizado na UTIN, a mulher, até que tenha alta obstétrica, fica no Alojamento Conjunto, porém não há uma enfermaria para as mães sem bebê. Aquelas que moram longe da maternidade, por vezes conseguem permanecer mais tempo no Alojamento Conjunto. No entanto, como a instituição tem grande demanda de atendimento, nem sempre há leitos vagos disponíveis, o que pode gerar conflitos.

Na UI, a mulher pode acompanhar o filho integralmente. Cada unidade do paciente é composta pelo leito do bebê e uma poltrona estofada. Na UI, há quatro unidades destinadas à segunda etapa do método canguru, onde a diferença básica é uma cama para a mãe, o que significa uma acomodação mais confortável e alguma privacidade. Há de se salientar que a realização da segunda etapa do método canguru não se restringe a esses leitos especificados.

Os recém-nascidos egressos da Unidade Neonatal, inclusive os que estão na terceira etapa do método canguru, são encaminhados com retorno agendado para o ambulatório da instituição onde funciona o Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-Nato de Risco (NAIRR).

O NAIRR foi implantado em outubro de 1998 (com outra denominação). Atualmente, trabalham no local profissionais de enfermagem, pediatra, pneumologista pediátrica, oftalmologista, nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e assistente social. As crianças são acompanhadas no serviço e na unidade básica da área programática do município às quais pertencem. Se necessário, podem ser atendidas até os cinco anos. Após essa idade, são encaminhadas a outros serviços de reabilitação pediátrica.

Autorização da Pesquisa

O projeto de doutorado foi encaminhado ao Centro de Estudos do Hospital, solicitando autorização para realizar a pesquisa com as mães de recém-nascidos pré-termos e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, com registro da pesquisa no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa em Seres Humanos.

O projeto foi aprovado sem ressalvas, Parecer nº05A/2008, do CEP SMS-RJ (Anexo 1). Somente após o aceite da Instituição através do Centro de Estudos e do Comitê de Ética, é que as entrevistas foram realizadas.

Após a primeira abordagem e aceite em participar da entrevista, era apresentado e lido em conjunto com as mulheres entrevistadas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Foi garantindo o sigilo e anonimato, e só após a assinatura foram iniciadas as entrevistas que foram gravadas em fita magnética (K7) e meio digital (MP3) para assegurar o registro.

Foi solicitado às depoentes que escolhessem codinomes. Algumas justificaram que escolheram nomes: de filhas; que dariam se fosse menina; de uma amiga, ou simplesmente por achar bonito.

Coleta dos Depoimentos

O instrumento de coleta de depoimentos adotado foi a entrevista aberta que, de acordo com Bertaux (1980, p.20), “deve ser uma combinação de escuta atenta e questionamento porque o sujeito não relata simplesmente a sua vida, ele reflete sobre a mesma, enquanto conta”.

A entrevista aberta em História de Vida acontece

sem um roteiro pré-determinado, na qual se pede ao sujeito para falar livremente sobre sua vida, um determinado período ou aspecto dela. A partir de suas colocações, o entrevistador irá formulando questões ou tecendo comentários para esclarecer ou aprofundar determinado ponto, porém a direção da conversação e os tópicos a serem abordados são escolhas espontâneas do sujeito (SANTOS *et al*, 2004, p.4).

A entrevista teve como pergunta norteadora: “Fale o que você considera importante a respeito da sua vida que tenha relação com a sua experiência como mãe durante a hospitalização de seu filho pré-termo na Unidade Neonatal.” E terminou quando, mesmo após questionamento da entrevistadora, a mulher dizia não ter mais nada a acrescentar.

A etapa de campo começou com vários contatos prévios com a enfermeira do NAIRR, apresentando-me às auxiliares de enfermagem do local e à chefe médica (que também é *staff* da Unidade Intermediária Neonatal). Embora atuasse na maternidade desde 1996 supervisionando Ensino Clínico dos acadêmicos de Enfermagem, nunca trabalhara diretamente no setor. Desta forma, fui duas vezes para me ambientar com a rotina, as anotações em fichas, os impressos, os livros e os prontuários. Observei que a enfermagem procura agendar as consultas dos diferentes profissionais de que a criança necessita num mesmo dia,

diminuindo o número de vezes que se tem que comparecer ao hospital, até porque muitas moram longe.

O atendimento acontece das 8 horas às 17 horas, porém, é à tarde que se concentra a maioria das consultas, tendo em vista que alguns profissionais (pediatra, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga) passam primeiro na Unidade Neonatal para depois ir ao ambulatório que funciona em outro prédio. Isso foi conveniente para a realização desta pesquisa, pois eu ficava com os alunos na Unidade Intermediária Neonatal pela manhã e após liberá-los, dirigia-me ao NAIRR.

Inicialmente, a auxiliar de enfermagem, que conhecia bem a clientela, apresentava-me. Muitas mulheres me conheciam, lembravam-se de mim e dos alunos na Unidade Neonatal. Acompanhava as aferições antropométricas (peso, comprimento, perímetro cefálico), a avaliação da caderneta de vacina, a conversa da auxiliar com a/o acompanhante procurando saber da evolução da criança e anotação no impresso. Durante esse atendimento, aproveitava para ler no sumário se a criança havia nascido pré-termo. Em caso positivo me apresentava e a convidava para participar da pesquisa.

Como as mulheres aguardavam muito tempo no hall para as consultas agendadas, a entrevista não atrapalhava o atendimento da criança, e, de toda forma, se houvesse necessidade, elas sabiam que poderiam interromper a qualquer momento.

Apenas uma mulher abordada não concordou em ser entrevistada, pois estava no hospital desde as 7 horas, seu filho já havia se consultado e só aguardava um atendimento. Ambos estavam com fome e muito cansados. Já eram 13h30min. Ela se propôs a um novo encontro, porém não foi localizada.

Habitualmente, no dia eu entrevistava uma. Esta contava para outra. E elas ficavam com um olhar de espera. Por várias vezes, tive que me ater aos objetivos da pesquisa e entrevistar somente mães de pré-termo, pois quem tinha bebês nascidos a termo ficava curiosa querendo

participar. Outros acompanhantes também se ofereceram (avós e tias). Quem era mãe de pré-termo e não tinha sido entrevistada em um dia, quando me encontrava em outra oportunidade, praticamente me intimava a entrevistá-la. Pude perceber a necessidade que as pessoas têm de serem ouvidas, de a sua experiência ser considerada importante por um profissional.

Tive duas situações inesperadas em campo:

1ª) Fiz a abordagem a uma mulher muito bem vestida, bonita, trazendo seu filho arrumado, ainda amamentando. Quando começou a falar revelou seu passado como usuária de drogas e com todas as consequências disso nas gestações anteriores. Se percebeu meu espanto, não se incomodou, e falou ininterruptamente. Eu não esperava por aquele relato tão duro. Não parecia que era aquela linda mulher amamentando seu bebê docemente tinha vivido tudo aquilo. Fiquei impactada por dois dias, até conseguir conversar com a minha orientadora e me acalmar.

2ª) A entrevista ao acaso de uma mãe adotiva. Não havia registro deste fato nas folhas de identificação da criança, vi que havia nascido prematuramente, fiz a abordagem da mãe que aceitou participar, depois de começada a gravação é que ela falou sobre a adoção. Prossegui a entrevista sem saber se ela poderia ser sujeito do estudo. Posteriormente, em comum acordo com a orientadora é que tive a confirmação positiva. Afinal, ela era a mãe!

Quando possível, a enfermeira do setor destinava uma sala mais afastada da porta principal, portanto mais silenciosa, para que eu pudesse ter uma melhor qualidade da gravação. Porém, nem sempre as entrevistas aconteceram nas condições ideais para registro do som. Embora sempre pudesse obter privacidade para a entrevistada, o som externo da brincadeira e do choro das crianças se interpôs, o que posteriormente dificultou bastante a transcrição.

Algumas mulheres estavam acompanhadas pelo marido, ou pela mãe ou por uma amiga que ficavam com a criança no hall. Porém muitas iam sozinhas com seus filhos. Para superar essa dificuldade, levava brinquedos para entretê-los. Várias mães amamentaram durante a entrevista e, mesmo interrompendo para dar atenção aos filhos, conseguiam retornar ao ponto que haviam parado e prosseguir seu pensamento. Apenas uma entrevista foi logo encerrada porque o bebê chorava inconsolável no colo da madrinha.

Avaliando o meu desempenho como entrevistadora, percebo que, nas primeiras entrevistas estava muito ansiosa para iniciar a pesquisa. Eu conseguira o aceite do Comitê de Ética em janeiro de 2008, porém fracturei o pé e só pude começar a etapa de campo em março, que foi até junho do mesmo ano.

No decorrer do estudo, percebi o meu amadurecimento como pesquisadora, o que permitiu às entrevistadas partilhar comigo a sua vida, revelando aspectos íntimos, emocionantes, de alegria ou de intenso pesar. Como a transcrição foi feita por mim, revivi esses risos e choros, os momentos de pausa, a inspiração profunda, um silêncio de quem ora toma coragem para se expor, ora reflete naquilo que vivenciou.

A história de vida pode revelar um significado maior do que aquela que tínhamos imaginado. Ela requer uma reflexão sobre os eventos e as experiências que o narrador possa não ter pensado em falar (ATKINSON, 1997).

Após a realização de 23 entrevistas, atingi o critério do ponto de saturação dos depoimentos, encerrando a etapa de coleta de dados. A saturação é o fenômeno através do qual o pesquisador tem a impressão de não apreender nada de novo referente ao objeto de estudo, a partir de um certo número de entrevistas. E, para que o pesquisador consiga identificar corretamente o ponto de saturação, recomenda-se a transcrição imediata das entrevistas (BERTAUX, 1980).

Foram realizadas 23 entrevistas, que totalizaram 253 minutos de gravação e 130 folhas de transcrição, digitadas em espaço duplo para facilitar posteriormente as marcações no texto. A duração das entrevistas variou de 5 a 23 minutos.

As Depoentes

Foram entrevistadas 23 mulheres que tiveram filhos recém-nascidos pré-termos hospitalizados em unidade neonatal.

Para facilitar a compreensão do leitor, os dados de identificação das mulheres entrevistadas, a história obstétrica, a identificação dos seus filhos, os diagnósticos e a terapêutica foram colhidos nos prontuários das crianças e distribuídos em quatro quadros apresentados a seguir:

Quadro II: Caracterização das mulheres entrevistadas

Entrevistada	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Trabalho*
Clara	15	união consensual	2º ano inc	estudante	não se aplica
Angélica	35	casada	1º grau	do lar	não se aplica
Lúcia	35	casada	1º grau inc	do lar	não se aplica
Viviane	20	solteira	1º grau inc	do lar	não se aplica
Maria	38	casada	2º grau	auxiliar de escritório	não
Ângela	31	casada	1º grau inc	do lar	não se aplica
Socorro	33	casada	1º grau inc	doméstica	não
Andréia	33	união consensual	1º grau inc	doméstica	não
Natália	16	união consensual	1º grau inc	estudante	não se aplica
Beatriz	17	solteira	2º grau inc	estudante	não se aplica
Ana	41	casada	1º grau	do lar	não se aplica
Vitória	34	casada	superior (letras)	professora	sim
Carina	17	união consensual	2º grau inc	do lar	não se aplica
Mônica	33	solteira	2º grau	professora	sim
Yasmine	42	casada	2º grau	cozinheira	sim
Taís	21	casada	2º grau	do lar	não se aplica
Juliana	27	casada	2º grau	técnica em enfermagem	não
Ana Louise	22	casada	1º grau	do lar	não se aplica
Cláudia	28	casada	1º grau inc	cozinheira	sim
Isabela	19	casada	2º grau	do lar	não se aplica
Denise	34	casada	1º grau	do lar	não se aplica
Flávia	35	viúva	2º grau	diarista	sim
Indira	29	união consensual	2º grau	esteticista	não

Fonte: Entrevista e prontuário dos 23 filhos das mulheres depoentes do estudo.

* Considerou-se para trabalho as seguintes opções: sim (trabalha no momento com carteira assinada ou autônoma); não (à época da entrevista não estava trabalhando); e não se aplica (a entrevistada nunca teve atividade remunerada, referiu ser estudante ou do lar).

Quadro III: Antecedentes obstétricos

Entrevistada	História Obstétrica			Pré-Natal nº de consultas	Parto Atual
	G	P	A		
Clara	I	I	∅	+ 6	cesárea
Angélica	VIII	VI	II	+ 6	normal
Lúcia	III	II	I	3	cesárea
Viviane	I	I	∅	2	cesárea
Maria	I	I	I ¹	+6	cesárea
Ângela	III	III ²	∅	+6	cesárea
Socorro	I	II ³	∅	+6	normal
Andréia	IV	IV ⁴	∅	1	normal
Natália	I	I	∅	2	normal
Beatriz	I	I	∅	3	cesárea
Ana	II	II	∅	+6	cesárea
Vitória	I	I	∅	5	cesárea
Carina	I	I	∅	+6	normal
Mônica	II	II	∅	5	cesárea
Yasmine	VIII	IV	IV ⁵	4	cesárea
Taís	I	I	∅	10	cesárea
Juliana	II	II	∅	5	cesárea
Ana Louise	II	II	∅	4	cesárea
Cláudia	II	II ⁶	∅	+6	cesárea
Isabela	I	I	∅	5	normal
Denise	II	II ⁶	∅	6	normal
Flávia	II	II	∅	não	se aplica ⁷
Indira	II	I	I	6	cesárea

Fonte: Entrevista e prontuário dos 23 filhos das mulheres depoentes do estudo.

Legenda: ¹ gestação gemelar com aborto de 1 dos conceptos

² 1 morto, pré-termo com 1 mês e 10 dias de vida

³ 2^a gemelar morreu com 3d de vida

⁴ 1 anencéfalo

⁵ referiu abortos espontâneos

⁶ 1 neomorto

⁷ a criança em questão é adotada

Quadro IV: Caracterização do filho pré-termo da entrevistada acompanhado no ambulatório de seguimento

Filho de	Idade Gestacional	Peso ao nascer	Apgar	Peso da alta	Tempo de Internação	Idade no dia da entrevista
Clara	34s 5d	2208g	8/9	2195g	12d	1m 10d
Angélica	31s 5d	1260g	6/7	1805g	40d	10m 5d
Lúcia	33s 2d	1840g	9/9	1875g	21d	6m 10d
Viviane	30s	1220g	4/5/7	2015g	42d	1a 11m
Maria	32s 4d	1600g	7/8	2245g	34d	3a
Ângela	34s 2d	1065g	8/9	1855g	38d	1a 2m
Socorro	32s	920g	3/6/8	2225g	94d	2a 5m
Andréia	32s 1d	2005g	8/8	2125g	24d	5m 12d
Natália	28s	1055g	6/8	2090g	72d	5m 17d
Beatriz	31s 5d	1730g	5/7	1930g	19d	11m
Ana	30s 3d	1595g	8/9	2145g	48d	1a 1m
Vitória	28s 3d	690g	1/4/4	1910g	102d	5a 5m
Carina	30s 2d	1340g	5/7	?	56d	6m 16d
Mônica	33s	1840g	1/4	2000g	24d	3m 16d
Yasmine	33s 6d	1525g	5/8	1825g	31d	1a
Taís	31s 5d	1470g	5/7	1810g	39d	2a 4m
Juliana	29s	1165g	8/9	2425g	59d	1a 5m
Ana Louise	33s	1450g	7/8	1815g	29d	3a 11m
Cláudia	34s 5d	1455g	9/9	1830g	24d	3a 6m
Isabela	33s 1d	1520g	5/8	1820g	29d	1a 2m
Denise	34s 6d	1825g	6/8	1915g	18d	4a
Flávia	32s 3d	1425g	2/6/7	2590g	64d	3a 9m
Índira	30s 3d	870g	8/8	2000g	64d	3m 24d

Fonte: Prontuário dos 23 filhos das mulheres depoentes do estudo.

Quadro V: Diagnóstico e terapêuticas durante a hospitalização do Filho pré-termo da entrevistada acompanhado no ambulatório de seguimento

Filho de	Diagnósticos e Terapêuticas
Clara	Pneumotórax, Pneumonia, Antibioticoterapia, Icterícia, Fototerapia
Angélica	Prematuridade. Asfixia (Apgar). Oxigenioterapia: CPAP. Sepsis. NPT 9 dias. Antibioticoterapia. Abscesso na região cervical direita por medicação intravenosa
Lúcia	Hipoglicemia. NPT 8 dias. Antibioticoterapia (bolsa rota 8 dias). Transfusão concentrado de hemácias.
Viviane	Prematuridade. Icterícia. Oxigenioterapia: IMV, Hood 7d. Surfactante. Sepsis. Transfundido. Hipospádia.
Maria	Prematuridade
Ângela	Prematuridade
Socorro	Prematuridade, icterícia, asfixia (IMV 15 dias, CPAP 07 dias, hood 13 dias), MH, PNM, DBP. Transfusão 4X. Infecção sepsis (ampicilina, gentamicina, cefepime). PCA duplo. RGE. ROP corrigida com laser 29/12/05.
Andréia	Prematuridade, icterícia, taquipnéia transitória. Infecção: 10 dias de ampicilina e gentamicina. USTF: hemorragia subependimária esquerda
Natália	Prematuridade, icterícia, Membrana hialina, pneumonia, IMV 25d, CPAP 14d, cateter nasal até 55d. Hiperplasia pulmonar leve/moderada. Duas doses de surfactante. Dopamina/dobutamina. Transfusão com concentrado de hemácias e plasma 11X. NPT. Ampicilina + getamicina / cefepime / vancomicina. USTF – hemorragia subependimária bilateral, em resolução 18/01/2008. ECO – insuficiência tricúspide + HAP leve/moderada 25/11/2007.
Beatriz	Prematuridade, IMV 3d, CPAP 1d, Hood 1d. Duas doses de surfactante. Sepse presumida (ampicilina e gentamicina).
Ana	Prematuridade. PCA pequeno a moderado com CIV. Fechado PCA cirurgia (25/04/07). Icterícia. Uma dose de surfactante, IMV Ed, CPAP 4d, Hood 1d. NPT. Antibioticoterapia 10 dias (ampicilina e gentamicina).
Vitória	IMV 44d, CPAP 4d, Hood 5 horas (50 dias em O ²). Membrana hialina, pneumonia, pneumotórax, 5 transfusões sanguíneas e 1 plaqueta. Cateterismo umbilical venoso. PCA resolvido. Ampicilina + gentamicina; cefepime; ciprofloxacina, vancomicina (28d). USTF: HIV grau I bilateral na UI (15/01/02).
Carina	Prematuridade. USTF HIV grau I – subependimária bilateral. ECO – forame oval pérvio. Icterícia, 4d de fototerapia. Membrana hialina. IMV 1d, CPAP Ed. NPT 6d. Ampicilina + gentamicina.
Mônica	IMV 3d, CPAP 1d, Hood 1d. NPT 4d. Sepsis presumida, ampicilina + gentamicina. USTF – 15/02/08 – hemorragia subependimária bilateral.
Yasmine	Prematuridade.
Taís	Prematuridade. Sepsis ampicilina + gentamincina. Icterícia, 5d de fototerapia. USTF normal. ROV normal.
Juliana	3 dias de bolsa rota. CPAP 5d, Hood 2d, cateter labial O ² ± 30d, apnéia. Icterícia, 4d de fototerapia. 2 transfusões de concentrados de hemácia. Sepsis, ampicilina + gentamicina. NPT 5d.

Ana Louise	Mãe fez duas doses de corticóide ante-parto. Fez surfactante, 1d CPAP, 1d Hood. Sepsis presumida – ampicilina + gentamicina. Icterícia, fototerapia.
Cláudia	Prematuridade. Colonizado por MRSA. Teste do pezinho – traço falcêmico.
Isabela	Mãe fez duas doses de corticóide na gestação. Prematuridade, asfixia, CPAP horas. Icterícia, fototerapia 6d. Sepsis presumida – ampicilina + gentamicina 10d. USTF – 18/04/08 – hemorragia subependimária bilateral.
Denise	Prematuridade, transfusão sanguínea. Reinternou 9d após a alta em outra unidade hospitalar, com pneumonia – IMV 3d, Hood 2d, O ² 5d, dieta ø 3d, ampicilina + gentamicina. Teve alta em 13d com peso de 2000g.
Flávia	Prematuridade, asfixia, IMV 11 d, CPAP 4d, Hood 15d, DMH, Pneumonia, surfactante, 3 concentrados de hemácia, NPT 4 d. Icterícia, 5d de fototerapia. ampicilina + gentamicina, cefepime, anfotericina B. RGE, DBP. Obs.: Mãe adotiva está com ele desde a alta da maternidade. Tem papéis de concordância quanto à adoção. Disseram-lhe que o pai da criança era bandido e morreu assassinado.
Indira	DHEG + amniorrex prematura. Prematuridade, < 1 dia de CPAP, < 1 dia de hood, icterícia (7d de fototerapia), transfusão sanguínea.

Fonte: Prontuário dos 23 filhos das mulheres depoentes do estudo.

Análise dos Depoimentos

O processo analítico empregado foi a análise temática que “consiste em reportar em cada relato de vida as passagens concernentes a tal ou qual tema, com o objetivo de comparar depois os conteúdos dessas passagens de um relato a outro” (BERTAUX, 2005, p.99).

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Segundo Bardin (1997, p.105), tema é a “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Os depoimentos foram analisados respeitando-se a individualidade e a especificidade de cada depoente, porém os seus discursos foram agrupados em categorias, de acordo com os temas que emergiram do discurso das mulheres.

Os fragmentos dos depoimentos não devem ser utilizados de forma isolada. Um depoimento só pode ser compreendido re-inserido na história do sujeito, para não interpretar indevidamente a citação (BERTAUX, 2005, p.100). É só a partir do significado atribuído por cada depoente à sua história de vida que o pesquisador pode determinar a orientação teórica do estudo.

É importante frisar que as categorias de análise não foram determinadas antes do trabalho de campo. Foram construídas a partir dos dados coletados nas entrevistas (SANTOS e SANTOS, 2008, p.718).

A principal vantagem do método História de Vida é

garantir que a tendência observada ou os fatos considerados dignos de interesse científico são os apontados pelos próprios sujeitos, e não aqueles que o pesquisador, de fora a priori, achava que ia encontrar (GLAT, 1994, p.16).

Utilizei a técnica de recorte e colagem. Durante a leitura flutuante de todas as entrevistas, anotei a lápis nas laterais do texto transcrito

minhas impressões sobre o tema. Numa segunda leitura, apropriei-me das falas na íntegra, destaquei a fala, recortei e coleí em uma folha de papel A4 e dei um título, fazendo um cabeçalho na parte superior. Por exemplo: na UTI não pode pegar o bebê. Depois comecei a procurar nas entrevistas se havia alguma fala que também se aproximasse dessa. Realizei, portanto, a **CODIFICAÇÃO** e assim emergiram 86 UNIDADES TEMÁTICAS.

UNIDADES TEMÁTICAS

- Desejo de ter um filho
- Desejo de engravidar
- Não planejou a gravidez
- Nova gravidez (após nascimento do filho pré-termo)
- Sempre gostei de criança
- Já sabia cuidar de criança / Procurei aprender antes
- Cada gestação é singular
- Outros filhos prematuros
- Ser mãe
- Outros filhos em casa
- Outros filhos criados pela avó
- Gemelaridade
- Gravidez de risco
- Não poder ter relação sexual
- Gestante internada
- Drogas e prematuridade
- Incompatibilidade sanguínea
- Prematuridade inesperada
- Querer nova gestação
- Não quero mais engravidar
- Por conta e risco (peregrinação em maternidades)
- Hospital aceitou (conseguiu internar)
- Parto normal
- Cesárea
- Acompanhante no parto
- Vi o bebê nascer
- Não vi o bebê nascer
- Reconheci o meu filho na Unidade Neonatal
- Mãe separada do filho
- Pai viu primeiro / ajuda a ver / ajuda a pegar o bebê
- Primeira vez que eu vi o bebê na Unidade Neonatal

- Notícias do bebê para a mãe
- Lutar para ficar com o bebê (acompanhar integralmente)
- Rotular os bebês
- Na UTI não pode pegar
- Na UTI só pode ficar de dia
- Da UTI para a UI
- Da UI para UTI (o bebê agravou) / Complicações
- Na UI eu cuidava dele
- Na UI pode ficar dia e noite (dormir com o bebê)
- Visitava o bebê na UI
- Canguru
- Tecnologia / dependência / vocabulário
- Oxigenioterapia
- Peso
- Amamentação / Alimentação
- Ambivalência / Ruim X aprendido (amadurecimento)
- Tempo corre devagar / demorado
- Religiosidade
- Mãe é importante para o filho
- Impotência
- Vi outra mulher perder o bebê no parto
- Medo da morte
- Morte de outras crianças ao seu lado
- Morte de outro filho
- Alta da mãe
- Querer sair, ir para casa
- Berço vazio / Enxoval
- Apoio das outras mulheres mães
- Alta do bebê
- Medo da alta / de ir pra casa
- Acompanhamento / Follow-up
- Acompanha no serviço público e tem plano de saúde
- Várias vezes ao médico / posto / hospital
- Em casa agravou – internação
- Em casa broncoaspirou
- Em casa pneumonia, bronquite
- Apoio da família
- Apoio do marido / pai presente
- Apoio das mulheres da família
- 1º prematuro da família
- Prematuro fica pequeno por mais tempo
- Toda criança precisa de cuidado
- Não consigo brigar com meu filho / ele sofreu muito
- Sou sozinha para cuidar dos filhos

- Após a alta em cuidado dele
- Eu cuidei dele em casa (não aceitava ajuda)
- Eu cuidei dele em casa (aprendi no hospital)
- Eu cuidei dele como no hospital
- Trabalho
- Estudo
- Hospital (instituição)
- Profissionais (de uma forma geral)
- Médica ajuda pegar o bebê / apoia / explica / não explica
- Enfermagem ajudar a ver o bebê / explica / apoia / ensina / supervisiona / deixa fazer / ajuda tocar / habilidade em cuidar do bebê / cuida da mãe / impõe aleitamento / impõe regras
- Sei lidar com as pessoas

Após a codificação, fiz uma nova leitura das entrevistas na íntegra comparando-as com as unidades temáticas, identificando a possibilidade de descobrir novos temas e a forma de como realizar os agrupamentos das unidades temáticas. Após esse exercício cheguei a 8 AGRUPAMENTOS que são chamados de **RE-CODIFICAÇÃO**.

PRIMEIRO AGRUPAMENTO: Desejo de ter um filho / Como aprendi a cuidar de crianças

- Desejo de ter um filho / de engravidar X Não planejou a gravidez
- Nova gravidez (após nascimento do filho pré-termo)
- Sempre gostei de criança
- Já sabia cuidar de criança / Procurei aprender antes
- Querer nova gestação
- Não quero mais engravidar

SEGUNDO AGRUPAMENTO: Gestação de risco / Prematuridade inesperada

- Cada gestação é singular
- Gravidez de risco (outros filhos prematuros, gemelaridade, incompatibilidade sanguínea, drogas e prematuridade, não poder ter relação sexual, gestante internada)
- Prematuridade inesperada

TERCEIRO AGRUPAMENTO: Parto

- Por conta e risco (peregrinação em maternidades)
- Hospital aceitou (conseguiu internar)
- Parto normal / Cesárea
- Acompanhante no parto

QUARTO AGRUPAMENTO: Primeiro contato com o bebê / separação mãe do filho / notícias

- Vi X não vi o bebê nascer
- Reconheci o meu filho na Unidade Neonatal
- Mãe separada do filho
- Pai viu primeiro / ajuda a ver / ajuda a pegar o bebê
- Primeira vez que eu vi o bebê na Unidade Neonatal
- Notícias do bebê para a mãe

QUINTO AGRUPAMENTO: Aprender e maternar o bebê pré-termo na Unidade Neonatal / Apoio das outras mães / Alta hospitalar

- Lutar para ficar com o bebê (acompanhar integral)
- Rotular os bebês
- Na UTI (não pode pegar, só pode ficar de dia, complicações)
- Da UTI para a UI
- Da UI para UTI (o bebê agravou)
- Na UI (eu cuidava dele, pode ficar dia e noite (dormir com o bebê), visitava o bebê na UI).
- Canguru
- Tecnologia / dependência / vocabulário
- Oxigenioterapia
- Peso
- Amamentação / Alimentação
- Ambivalência / Ruim X aprendizado (amadurecimento)
- Tempo corre devagar / demorado
- Religiosidade
- Ser mãe
- Mãe é importante para o filho
- Impotência
- Outros filhos em casa
- Alta da mãe
- Querer sair, ir para casa
- Berço vazio / Enxoval
- Apoio das outras mulheres mães
- Alta do bebê – felicidade / Medo da alta, de ir pra casa

SEXTO AGRUPAMENTO: Medo da morte

- Vi outra mulher perder o bebê no parto
- Medo da morte
- Morte de outras crianças ao seu lado
- Morte de outro filho

SÉTIMO AGRUPAMENTO: Maternar o bebê prematuro em casa / cuidados diferenciados / apoio familiar / dedicação ao bebê

- Acompanhamento / Follow-up
- Acompanha no serviço público e tem plano de saúde
- Várias vezes ao médico / posto / hospital
- Em casa agravou – internação
- Em casa broncoaspirou
- Em casa pneumonia, bronquite
- Apoio da família
- Apoio do marido / pai presente
- Apoio das mulheres da família
- Outros filhos criados pela avó
- 1º prematuro da família
- Prematuro fica pequeno por mais tempo
- Toda criança precisa de cuidado
- Não consigo brigar com meu filho / ele sofreu muito
- Sou sozinha para cuidar dos filhos
- Após a alta em cuidado dele
- Eu cuidei dele em casa (não aceitava ajuda / aprendi no hospital / cuidado como no hospital)
- Dedicação ao bebê (difícil conciliar trabalho ou estudo)

OITAVO AGRUPAMENTO: A enfermagem como facilitadora da maternagem / Os profissionais de saúde / A instituição hospitalar

- Hospital (instituição)
- Profissionais (de uma forma geral)
- Médica ajuda pegar o bebê / apoia / explica / não explica
- Enfermagem ajudar a ver o bebê / explica / apoia / ensina / supervisiona / deixa fazer / ajuda tocar / habilidade em cuidar do bebê / cuida da mãe / impõe aleitamento / impõe regras
- Sei lidar com as pessoas

Após o agrupamento foi realizada nova leitura e, assim, emergiram duas grandes categorias com subcategorias que chamamos de **SÍNTESE** e que deram origem às categorias analíticas.

1. Os Alicerces da maternagem — do desejo à maternidade
 - 1.1. Os caminhos que levam a chegada de um filho
 - 1.2. A experiência vivenciada da gestação e do parto prematuro

2. O cuidado materno ao pré-termo da Unidade Neonatal ao lar e a existência humana.
 - 2.1 A experiência vivenciada da maternagem do filho pré-termo hospitalizado na Unidade Neonatal
 - 2.2 A experiência vivenciada da maternagem do filho pré-termo no lar

As duas categorias analíticas deste estudo foram construídas utilizando-se a diacronia da História de Vida das entrevistadas e tendo como fio condutor a maternagem do ponto de vista da mulher. Então, na primeira categoria, aborda-se o anterior ao nascimento: o desejo pelo filho, a gestação/adoção e o momento de transição que é o parto. Na segunda categoria, o bebê real ao nascer: a (im)possibilidade da maternagem na unidade neonatal, o momento de transição que é a alta do bebê e a maternagem no lar.

A maternagem de mulheres com filho pré-termo foi discutida à luz da psicanálise de Winnicott. Como os depoimentos revelaram, além da dimensão psicológica, também as sociais e culturais, estando todas, portanto, inter-relacionadas, foi necessário utilizar os conceitos da Teoria do Cuidado Cultural de Leininger.

Capítulo 5

ANÁLISE DOS RELATOS DE VIDA

A análise dos depoimentos maternos evidenciou que as Histórias de Vida das mulheres com filho pré-termo que foram hospitalizados em Unidade Neonatal expõem uma trajetória de sonho-decepção-reconstrução da maternidade, ou seja, o caminho percorrido da gestação até a vida em casa com seu bebê. Há destaque especial ao cuidado profissional da enfermagem como facilitador para o exercício da maternagem.

O nascimento de um bebê pré-termo rompe a possibilidade da maternagem após o parto, já que o bebê necessita de cuidados para garantir a sua sobrevivência. E para a mulher conseguir exercer a maternagem suficientemente boa ao filho pré-termo, tem de superar a perda do bebê idealizado, pois o real, com seus problemas, não preenche o papel que lhe era destinado no cenário familiar.

Neste estudo, a prematuridade contrapôs à imagem social da maternidade, alterando a forma de como o rito de passagem do nascimento acontece em uma cultura. Houve uma antecipação da separação (parto prematuro, um prolongamento da transição) — hospitalização do bebê na UTIN e uma incorporação atrasada ou imperfeita. Mesmo após a alta, todas as crianças demandaram cuidados maternos diferenciados, temporários ou permanentes.

De acordo com Karinich e Hartley (2008, p.36), “se o rito de passagem for apressado, atrasado ou esquecido, as consequências podem variar de insignificantes a terríveis”. Ou seja, os indivíduos podem não ser incorporados à família, ou o são de forma inadequada, havendo um isolamento e até mesmo a exclusão do meio social.

A seguir, apresento as duas categorias analíticas construídas.

1. Os Alicerces da Maternagem — do desejo (in)consciente à maternidade

1.1. Os caminhos que levam a chegada de um filho

A maternagem não se instala no momento em que a mulher tem o seu filho recém-nascido nos braços pela primeira vez como num passe de mágica. Mais do que os fatores biológicos hormonais, são os aspectos psicológicos, culturais e sociais, alicerçados na sua própria história de vida que determinam a forma como a mulher vai maternar cada um dos filhos. O fenômeno da maternagem acontece entre a mãe e seu filho, porém há de se considerar o contexto familiar.

Ao analisar a História de Vida das vinte e três entrevistadas que compuseram este estudo sobre a maternagem de seu filho pré-termo, observa-se que diferentes caminhos levaram as entrevistadas a terem um filho e, desta forma ampliar suas famílias. Revelaram diferentes motivações que resultaram na vinda de seus filhos — registro desta forma porque um bebê fora adotado. Falaram de antes do nascimento de seus bebês, da instância do desejo consciente, ou não, pela maternidade, pela constituição de sua família.

Das vinte e três mulheres entrevistadas, quando questionadas em relação ao estado civil, catorze se declararam casadas; uma viúva; cinco vivem em união consensual com seus parceiros; e três são solteiras, sendo que duas moram com seus pais e uma sozinha com suas filhas.

O que se observa é que a vida contemporânea sofreu transformações significativas com novas formas de composição familiar. Maciel e Rosemburg (2006) destacam que, atualmente, há redução no número de filhos e agregados, como parentes e vizinhança; aumento das separações entre os casais que levam os filhos a morar com um dos pais ou com o novo parceiro de um de seus pais; aumento de mães solteiras,

que, muitas vezes, encarregam-se do sustento da família; e os novos papéis atribuídos aos avós.

Embora o contexto familiar atual seja diferente da época de Winnicott (1896-1971), em que os filhos chegavam algum tempo depois da cerimônia de casamento, e os nascidos fora do matrimônio recebiam o rótulo de “ilegítimos”, seu pensamento continua atual, pois “a família é um dado essencial de nossa civilização. O modo pelo qual organizamos nossas famílias demonstra na prática como é nossa cultura” (WINNICOTT, 2005a, p.59).

A cultura é conceituada como “os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada e frequentemente entre gerações” (LEININGER e MCFARLAND, 2006, p.13).

A partir do conceito de cultura de Leininger, pode-se concluir que a maternagem, além do caráter psicológico extensamente discutido por Winnicott, é também um fenômeno cultural. Isso porque, é aprendida, compartilhada e transmitida dentro de um grupo — a família, através das gerações, principalmente pelas mulheres.

Molloy (2005, p.128) ressalta que a feminilidade é identificada com a maternidade e esta com uma função que culturalmente é constituída como uma “função natural”. É ainda frequente a referência ao “instinto materno” ou a “engravidar naturalmente” como se fosse possível o puro instinto, deixando de fora o “desejo de filho”.

O depoimento de Maria revela o seu “desejo de filho”, da gestação:

Eu sempre tive vontade de ter um filho né. Então, quando eu engravidei, eu esperava uma gravidez normal, sentir ela mexer. Eu acho lindo aquele barrigão, sabe? (Maria)

Já o desejo consciente do casal, em comum acordo, para constituir uma família com filhos, foi revelado por Indira:

Foi quando eu conheci o meu esposo e tudo, apesar de ele já ter um filho de seis anos. Então quando passou e eu fui

convivendo sabe? Aquela coisa. A gente saía, a gente via aquela coisa de filho. E aí começou a pintar a vontade de ter filho. Aí, a gente planejou filho. E foi tudo planejado. (Indira)

No entanto, Indira, que vivenciava a maternidade pela primeira vez, no transcorrer da entrevista, revelou que seu marido desejava constituir com ela uma família com filho para vivenciar a paternidade integralmente. Ele já era pai, mas não convivia com a criança.

Por incrível que pareça, ele queria muito mais um filho, um outro filho. Porque o filho que ele teve, não convivia com ele 24 horas. Foi uma namorada que ele teve e ela engravidou. E eles não tiveram um convívio. Então ele sempre quis ter aquela coisa de família. (Indira)

Já Angélica, que era mãe de cinco crianças, decidiu engravidar de seu atual companheiro, para dar-lhe um filho, já que ele não era pai. A depoente relatou que a presença dele foi fundamental em todo o processo de gestação e internação do bebê que nascera prematuramente.

O que foi importante pra mim foi a participação do meu marido, que pra ele é o primeiro. Que já tinha cinco filhos. Hoje é seis. (Angélica)

A vontade de aumentar sua prole, de dar um irmão para o filho mais velho foi manifestada por Juliana.

Depois de sete anos, eu quis engravidar, pra poder não ter filho único. Eu sou filha única e eu acho muito ruim. (Juliana)

Na tentativa de salvar seu casamento, Socorro engravidou e, a partir nascimento de sua filha pré-termo, sua relação com o marido se reestruturou e juntos criam a menina.

A gente tava quase numa separação. De repente, eu engravidei. Eu já estava com plano, mas como o casamento estava um pouco conturbado. Aí eu falei: Se nesse período a minha menstruação descer eu volto a tomar remédio. Se não descer, seja o que Deus quiser. Aí foi. [...] Posso dizer que ela é um milagre. Milagre pela vida que veio. Milagre pro meu casamento que tava desestruturado. Ele já tinha alguém. Dos desentendimentos que a gente tinha, tudo

mudou depois do nascimento dela. Graças a Deus tamos firme e forte. (Socorro).

A existência da família e a preservação de uma atmosfera familiar resultam do relacionamento entre os pais, de acordo com o contexto social em que vivem. Mas não se podem considerar os pais simplesmente segundo suas relações com a sociedade. Há forças muito poderosas de criação e conservação da família, que resultam da própria relação entre os pais. Essas forças estão ligadas à complexa fantasia sexual (WINNICOTT, 2005a).

O sexo não é apenas uma questão de satisfação física, mas uma conquista do crescimento emocional da pessoa; quando tais satisfações advêm de relacionamentos agradáveis tanto para a pessoa quanto para a sociedade, elas representam um dos pontos culminantes da saúde mental. Pelo outro lado, os distúrbios sexuais estão associados com todo tipo de neurose, problemas psicossomáticos e desperdício das potencialidades do indivíduo (WINNICOTT, 2005a, p.61).

Embora a potência sexual seja de vital importância, a satisfação completa não é em si mesma um objetivo no que se refere especificamente à família. Pois, há um grande número de famílias, consideradas “boas e dignas” que, todavia não são constituídas sobre uma base de satisfação física profunda por parte dos pais. “É possível que os exemplos extremos de satisfação física pertençam tipicamente ao amor romântico, que nem sempre é a melhor base para a construção de um lar” (WINNICOTT, 2005a, p.62).

Para entender a atitude dos pais relativa a seus filhos, há de se considerar o significado de cada criança em termos da fantasia consciente e inconsciente dos pais em torno do ato que produziu a concepção. Os pais têm sentimentos muito diferentes, e agem de modo diferente, em relação a cada um dos filhos. Muito disso depende do relacionamento dos pais na época da concepção, durante a gravidez, quando do nascimento e depois. Muitos julgam incompreensível que os

irmãos sejam tão diferentes entre si, quando têm os mesmos pais e foram criados num mesmo lar. Essa concepção não leva em conta toda a elaboração imaginativa da importante função do sexo, e não considera o modo específico pelo qual cada criança vem se encaixar, ou não, num certo contexto imaginativo e emocional, contexto esse que nunca é duas vezes o mesmo, por mais que todo o ambiente físico restante não sofra mudanças (WINNICOTT, 2005a, p.63).

Os casais que adotam crianças sabem como estas são capazes de preencher uma lacuna nas necessidades imaginativas que originam do casamento. Os casais sem filhos tentam de todos os modos constituírem uma família (Winnicott, 2005a, p.64). À época (1957) a solução era a adoção. Como no caso de Flávia, impossibilitada de novamente gerar uma criança num segundo casamento, com duas filhas de um relacionamento anterior, ela e seu esposo adotaram um menino completando a sua nova família.

Assim, foi uma coisa nova na minha casa, que ele [o marido] queria muito. Minhas duas filhas [mais velhas, de outro relacionamento] que já estavam grandes queriam. Então, todo mundo ajudou, todo mundo queria, e todo mundo ajudou. A decisão foi de todos, todos ajudaram. (Flávia)

Decorridos mais de 50 anos da afirmação de Winnicott, houve um grande avanço da medicina na área da fertilização e da ginecologia, o que possibilitou aos indivíduos antes considerados inférteis se submeterem a terapias medicamentosas ou cirúrgicas e poderem concretizar seu desejo de gerar seu próprio filho. Neste estudo, vê-se o empenho da mulher em vivenciar sua fertilidade, como foi relatado por Vitória e Ana Louise.

Porque eu sempre tive problemas de ovários micropolicísticos [...] A médica falou assim pra mim 'ah, isso é um caso de infertilidade. (Vitória).

Eu operei pra engravidar dele, aí eu fiquei seis meses logo quando engravidei. (Ana Louise)

Também ocorreu de ambos os parceiros buscarem procedimentos médicos para engravidar. No caso de Mônica, em sua primeira gestação, ela se submeteu a histerossalpingografia, que é um procedimento tanto diagnóstico como terapêutico para desobstrução tubária. Como decorrido o tempo não engravidara, seu marido fez o exame de espermograma para avaliar sua fertilidade.

Eu, da minha primeira, eu tinha as trompas obstruídas e aí eu tive que fazer uma histerossalpingografia e desobstruí as trompas e demorei quase um ano e meio para engravidar. Só que eu quando eu engravidei, eu não sabia. Quando eu vim saber, eu já estava com quase três meses de gravidez. Foi até uma surpresa, porque a gente, o meu ex-marido já tinha feito um espermograma para ver se o problema era dele. (Mônica)

Ângela, que tinha uma filha de um relacionamento anterior e desta forma sabidamente fértil, buscou engravidar para satisfazer o desejo de filho do marido, de provar a fertilidade masculina.

Ele [o marido] já está com 48 anos e é o primeiro filho dele. Ave-Maria, ele achava que 'vou morrer e que não ter nenhum herdeiro'. Ele queria um herdeiro, porque eu passei quase um ano para engravidar dela. (...) Ele achava que o problema era nele, aí ele fez um exame o médico falou 99% de chance que você tem de ser pai. (...) Aí quando foi um dia, quando a gente menos esperou, eu estava grávida. (Ângela).

Os pais precisam das crianças para desenvolver seu relacionamento, e os impulsos positivos assim gerados são muito poderosos. Winnicott (2005a, p.64) sintetiza que, ao considerar as dificuldades dos pais, é sempre bom lembrar que o casamento e a constituição de uma família nem sempre são sinal de maturidade parental. Cada membro da comunidade adulta está em processo de crescimento, e permanecerá assim ao longo de toda a sua vida.

Deve-se ter sempre em mente que a família é composta de crianças individuais cujas diferenças não são apenas genéticas, mas também bastante determinadas, quanto ao desenvolvimento emocional,

qual modo cada criança se encaixa, ou não, no contexto da fantasia dos pais, a qual ela enriquece e elabora a relação física dos dois (WINNICOTT, 2005a, p.64).

Oito mulheres relataram não terem planejado a vinda desse filho que nascera prematuramente. Porém, planejar não é sinônimo de desejar. A gravidez não planejada revela o desejo inconsciente de ter filhos, ou ainda o desejo construído (em si mesmo ou junto ao outro) de gestá-los após a confirmação da gestação, mesmo não sendo o momento adequado.

Não se deve fazer um julgamento precipitado, achar que um bebê não será amado, simplesmente porque não foi devidamente planejado e desejado, porque o **desejo de ter filhos pode ser consciente ou inconsciente**. Logo, um bebê que não foi programado ou inicialmente desejado poderá desenvolver uma ligação afetiva com seus pais e vice-versa (BRASIL, 2009, p.41).

Para Silva (2007), a questão de planejamento da gravidez tem relação mais direta com o desejo dos pais de terem filhos em um determinado período de suas vidas, ou seja, seus planos de formar/crescer ou não o núcleo familiar.

Arruda e Marcon (2007, p.121) ressaltam que, no decorrer da vida familiar o nascimento do primeiro filho ou mais de um constitui um marco importante no ciclo de desenvolvimento da família, representando sua expansão. O momento de gerar os filhos é um dos enfrentamentos mais comuns vividos pelas famílias e, portanto, considerado uma fase vital do núcleo familiar.

Neste estudo, destaca-se de imediato o fato de que todas as adolescentes — Clara (15 anos), Natália (16 anos), Beatriz (17 anos) e Carina (17 anos) — não planejaram a gravidez.

Não planejei engravidar. Foi assim, um erro, mas um erro que eu amo. Eu tava com o pai dele há pouco tempo. A gente se envolveu sem camisinha, aí veio. (Beatriz, 17 anos).

Bom eu não esperava ser mãe agora, agora, agora. Mas para mim, está bom ser mãe agora e é bom porque o meu filho já cresce junto comigo. [risos] Eu não queria engravidar não, não queria agora não. Agora, agora não. Mas já que veio está bom. (Natália, 16 anos)

Diante da constatação da gravidez e o desejo de levá-la adiante, as adolescentes tiveram que arrumar sua vida pessoal, todas passaram a viver maritalmente com o pai do bebê.

Não, não foi uma gravidez planejada. E eu não tinha planos de morar com meu marido, essas coisas. (Carina, 17 anos)

Neste sentido, a aceitação da gravidez pela família, principalmente da figura materna, foi uma preocupação constante das entrevistadas, em busca de suporte emocional e financeiro.

Minha mãe sempre me deu apoio. Desde quando soube que eu tava grávida, sempre esteve do meu lado. O pai dele também. A única pessoa que foi contra foi o meu pai, que me sugeriu um aborto. Mas eu nem liguei pro que ele falou. (Beatriz, 17 anos)

Mas a minha mãe ajuda... Tipo assim. Antes, ela disse que eu não deveria ter engravidado agora porque eu era muito nova. Aí depois ela me deu o maior apoio. Ela vinha comigo no pré-natal, ela que foi fazer exame comigo... (...) Eu moro em cima da casa da minha mãe. Antes, eu não morava com ele. Eu morava com a minha mãe. Depois que o neném nasceu é que eu fui morar com ele. Tem um mês e pouco que eu fui morar com ele. É quarto, sala, cozinha e banheiro. Eu moro com ele. (Natália)

Dentre as entrevistadas adultas que revelaram não planejaram a gestação, estão Taís (21 anos), Mônica (33 anos), Andréia (33 anos) e Yasmine (42 anos).

Taís, quando engravidara, tinha 19 anos e, à época, tinha 3 anos de vida conjugal, relatou:

Eu fiquei com medo. Eu fiquei grávida, mas não foi planejado, aconteceu. Aconteceu porque aconteceu e que seja bem-vindo! (...) Sou casada desde os 16 anos, então era independente. (Taís, 21 anos).

Mônica engravidou da segunda filha no intervalo de troca de método anticoncepcional.

A minha segunda gravidez não foi planejada. Nada. Essa não foi. Eu usei DIU durante seis anos, depois dessa minha primeira filha. E retirei o DIU. Como o DIU na parte da rede pública é difícil de colocar de novo, aí o médico optou por injeção. Aí eu estava tomando injeção, e devido a esta pausa, eu tive uma inflamação no útero. Devido essa pausa, eu engravidei dela. (Mônica, 33 anos)

Andréia, ex-drogadicta, não planejou nenhuma de suas quatro gestações. Nunca conseguiu regular sua fertilidade.

Eu não planejei, aconteceu. Eu não tomo remédio, não faço planejamento, não faço nada. (Andréia, 33 anos)

Yasmine, em um dado momento, afirmou que não planejava engravidar:

Aí o K. já não foi programado, o K. não foi programado. (Yasmine, 42 anos)

Porém, no transcorrer da entrevista, Yasmine contou que a morte inesperada de um filho aos nove anos de idade a fez desejar engravidar novamente.

Bom eu já estava programada em ter só dois filhos, né. O que aconteceu? Eu perdi um filho atropelado e eu resolvi ter. [...] Não que um filho fosse acalmar a minha dor, mas pelo trabalho até de ter uma criança, de ter aquele trabalho, da responsabilidade toda, eu resolvi ter. (Yasmine, 42 anos)

Para atender a recomendação do teórico do método História de Vida, Daniel Bertaux (2005, p.26), e descobrir o que há de geral, até mesmo de genérico em cada caso particular, “deve-se dispor não apenas um só caso, mas de uma série de casos construída de maneira a tornar possivelmente sua comparação, o que envolve ao mesmo tempo similitudes e diferenças”.

Desta forma, foram entrevistadas mulheres com perfis muito diferentes. O ponto em comum foi a experiência vivenciada da

maternagem de um filho pré-termo. Mas com idades, história obstétrica e arranjos familiares muito diversos.

O que se construiu foi um mosaico com as motivações da instância do consciente ou do inconsciente para a chegada de um filho. Como não há um caminho único, este estudo reafirma a necessidade de não só as enfermeiras, mas todos os profissionais que assistem a essas mulheres manterem uma comunicação efetiva, para possibilitar o conhecimento da sua História de Vida e, desta forma, conforme recomenda Leininger e McFarland (2002, p.18), “prestar um cuidado coerente com a realidade e tomar decisões assistenciais apoiadoras e facilitadoras”.

Ou seja, desde a concepção, perpassando pela gestação e nascimento, ou adoção, até que diante do seu bebê pré-termo, a mulher possa exercer a maternagem suficientemente boa.

Apresenta-se, a seguir, a experiência vivenciada da gestação.

1.2. A experiência vivenciada da gestação e do parto prematuro

Winnicott (2008a) explicou as transformações advindas da gravidez em uma linguagem bastante acessível em um livro dirigido às mães.

A vida de uma mulher modifica-se, de muitas maneiras, quando ela concebe um filho. No princípio, pode facilmente acontecer que ela se ressinta desse fato, já que poderá vislumbrar, com demasia clareza, a terrível interferência em sua “própria” vida. O que ela vê é a pura realidade, e seria tolice pretendermos negá-lo. (WINNICOTT, 2008a, p.19)

Os bebês são uma carga de trabalho, porém quando são desejados, são um embaraço positivo. Se uma mulher não começou ainda a querer o bebê que traz dentro de si, não pode evitar sentir-se infeliz. A experiência de Winnicott (2008a, p.19) revela, porém, que se opera uma gradual transformação, tanto nos sentimentos quanto no corpo da mulher que concebeu.

O depoimento de Clara, uma adolescente estudante, revelou a estranheza inicial com a gravidez não planejada e aceitação com o decorrer do tempo.

Foi uma coisa meio assim, num jeito, não foi planejada, mas quando veio eu aceitei, entendeu? Eu num sei que lá, pô! Vou ter filho, esquisito... Não, desculpa, vou ter filho. Legal. E comecei a curtir esse momento. (Clara, 15 anos)

A direção do interesse da mulher grávida se transfere do exterior para o interior. Lenta, mas seguramente, acaba por acreditar que o centro do mundo está situado em seu próprio corpo. À medida que vai ficando cada vez mais certa de que em breve se converterá em mãe, principiará a aceitar o risco de preocupar-se com um só objetivo, o menino ou menina que vai nascer. “Esse pequeno ser humano será seu,

no mais profundo sentido possível, e você será dele ou dela” (WINNICOTT, 2008a, p.20).

No Brasil, o acompanhamento por profissionais formalmente qualificados, enfermeiros ou médicos, da mulher no ciclo gravídico-puerperal e do seu recém-nascido está institucionalizado e sistematizado através de programas pelo Ministério da Saúde, e é aceito culturalmente.

Então, ao se descobrir grávida, ao aceitar a gestação, ao preocupar-se com o filho que está sendo gerado e com sua própria saúde, a mulher procura assistência de saúde para realizar seu acompanhamento, como pode ser observado no relato de Mônica.

Quer dizer, essa aqui quando eu descobri, eu ainda ia fazer um mês de gravidez dela, eu já fui no hospital, comecei a fazer o pré-natal. Estava tomando remédio para a pressão.
(Mônica)

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 569, de 1/6/2000, tem por objetivo primordial: “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p.5).

Especificamente, o Programa de Pré-Natal tem como objetivo principal “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal” (BRASIL, 2005, p.8).

Excetuando Flávia que adotou o bebê, as vinte e duas entrevistadas referiram ter feito pré-natal. Porém, ao se analisar o quantitativo de consultas relatadas durante a entrevista (ou captadas no prontuário), observa-se que não houve o acompanhamento pré-natal adequado quanto ao número mínimo de seis consultas estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.8 e 30) para onze (50%) mulheres. Neste estudo, não houve como avaliar a qualidade da assistência pré-natal. O quadro V sintetiza as informações:

Quadro VI: Número de consultas pré-natal

nº de consultas	Entrevistada
1	Andréia
2	Viviane e Natália
3	Lúcia e Beatriz
4	Yasmine e Ana Louise
5	Vitória, Mônica, Juliana e Isabela
6 ou mais	Clara, Angélica, Maria, Ângela, Socorro, Ana, Carina, Taís, Cláudia, Denise e Indira

Fonte: Entrevista e prontuário de 22 filhos das mulheres depoentes do estudo.

Ao se analisar a História de Vida de Andréia, entende-se o porquê de apenas uma consulta pré-natal. À época com dois filhos vivos, teve de se mudar para um quarto na casa da sua sogra com o esposo quando ambos deixaram de usar drogas da favela onde moravam por conta do tráfico. A família sobrevive com o trabalho de camelô do marido, tem dificuldades financeiras para criar as crianças. A cada gestação, há o agravamento das condições de vida. Então, a não adesão ao pré-natal refletiu a não aceitação da gravidez e, durante a entrevista, relatou sua intenção de não mais engravidar.

(...) eu vou lá no [hospital] perto da minha casa, pra ver se consigo planejamento familiar. Pra ver se eu faço, porque filho é bom, mas tem que ter paciência. E eu não tenho mais não. (...) Eu agora tenho 36 anos, mas eu assim, eu sempre quis ser mãe, sempre. (...) Agora chega, não aguento mais. Ter criança é bom, mas tem que ter muita paciência, muito gasto, aí eu não tô com paciência. Esse aqui então... pô! (...) Eu não sou ligada. Aí então eu quero um planejamento familiar, botar um DIU, alguma coisa. Eu não quero mais ter filho, não. Eu não quero mesmo!
(Andréia)

Por vezes, a demora da confirmação da gravidez postergou o início do pré-natal. Como no caso de Natália (que fez apenas duas consultas) e Beatriz (três atendimentos pré-natais).

A minha menstruação não estava vindo não. Aí eu fui naquele posto (...), deu negativo. E aí eu fui e fiz o de sangue. Eu paguei e fiz o de sangue. Aí deu positivo e aí eu comecei a fazer o pré-natal. Eu comecei a fazer com 3 meses. (...) Duas [consultas], ia fazer a terceira só que não deu tempo. (Natália)

Descobri que eu tava grávida já com quatro meses. Aí comecei o meu pré-natal tardio. (Beatriz)

A aceitação da gestação pela mulher e pela família se refletiu no cuidado com o seu próprio corpo, a aderência às consultas de pré-natal e as orientações dos profissionais. O depoimento de Indira, que fez seis consultas, ilustra também o apoio do marido:

Então toda a gravidez, todo o pré-natal, ele [marido] ia comigo, ele participava, controlava a minha alimentação, ele ficava prestando atenção para ver se eu estava caminhando, se estava fazendo isso, sabe ele sempre foi muito presente. (Indira)

Nas consultas de pré-natal, Branco *et al* (2009, p.11) recomendam que se convide o pai a sentar e participar da conversa, estimulando-o a tirar suas dúvidas. Orientam também a se convidar o pai, diretamente ou através da mãe, a participar de grupos de discussão de casais grávidos, onde poderá tirar suas dúvidas, receber informações e compartilhar expectativas, preocupações e alegrias com a paternidade. As autoras ressaltam que o pai costuma estar mais aberto a receber informações e desenvolver habilidades de cuidado antes do nascimento do primeiro filho.

A gravidez como um fenômeno fisiológico, na maior parte dos casos evolui, sem intercorrências. Porém, como o objeto de estudo é “a maternagem da mulher que teve filho pré-termo hospitalizado em Unidade Neonatal”, os relatos da presente pesquisa apontaram os agravos para a saúde da mulher e/ou do bebê que justificaram a prematuridade.

Na etiologia do trabalho de parto pré-termo, incluem-se fatores maternos, como complicações médicas ou obstétricas (partos

prematturos anteriores, placenta prévia, amniorrexe prematura, polidrâmnio, infecções do trato urinário, corioamnionite, infecções vaginais, incompetência istmo-cervical, malformações uterinas, cirurgias na gestação atual, amputações de colo etc.); comportamentais (tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares inadequados, traumatismos, uso de drogas ilícitas, esforço físico intenso); alterações fetais e placentárias; e condições socioeconômicas adversas. No entanto, em cerca de 30% dos casos, não é possível a identificação de fator causal e, seguramente, neste grupo incluem-se os fatores emocionais, pouco lembrados, e sequer abordados (BRASIL, 2000, p.48).

Para facilitar o entendimento do leitor, elaborou-se o Quadro VII contendo as intercorrências presentes na gestação, o tipo de parto atual e idade gestacional.

Quadro VII: Intercorrências presentes na gestação atual e tipo de parto atual

Idade Entrevistada	Intercorrência gestacional	Parto Atual	Idade Gestacional
Clara - 15	trabalho de parto prematuro	cesárea	34s 5d
Angélica – 35	trabalho de parto prematuro	normal	31s 5d
Lúcia – 35	bolsa rota 8 dias, infecção	cesárea	33s 2d
Viviane – 20	hipertensão arterial, eclâmpsia	cesárea	30s
Maria – 38	perda de 1 dos conceptos	cesárea	32s 4d
Ângela – 31	asma, pneumonia, sofrimento fetal	cesárea	34s 2d
Socorro – 33	gemelaridade, 1 bebê morreu com 3 dias de vida	normal	32s
Andréia – 33	ex-drogadicta, partos prematuros anteriores, trabalho de parto prematuro	normal	32s 1d
Natália – 16	trabalho de parto prematuro	normal	28s
Beatriz – 17	sofrimento fetal	cesárea	31s 5d
Ana – 41	hipertensão arterial, descolamento prematuro de placenta,	cesárea	30s 3d
Vitória – 34	descolamento prematuro de placenta	cesárea	28s 3d
Carina – 17	amniorrex (“parto seco”)	normal	30s 2d
Mônica – 33	hipertensão arterial, eclâmpsia	cesárea	33s
Yasmine – 42	hipertensão arterial, depressão	cesárea	33s 6d
Taís – 21	amniorrex (1 semana)	cesárea	31s 5d
Juliana – 27	amniorrex com 23 s IG, hospitalizada até 29 s	cesárea	29s
Ana Louise – 22	trabalho de parto prematuro	cesárea	33s
Cláudia – 28	abortamento espontâneo anterior, trabalho de parto prematuro	cesárea	34s 5d
Isabela – 19	trabalho de parto prematuro	normal	33s 1d
Denise – 34	abortamento espontâneo anterior, trabalho de parto prematuro	normal	34s 6d
Flávia – 35	Adotou o bebê. Hipertensa.	se aplica	32s 3d
Índira – 29	hipertensão arterial	cesárea	30s 3d

Fonte: Entrevista e prontuário dos 23 filhos das mulheres depoentes do estudo.

Com relação ao período gravídico, viu-se que doze tiveram uma gravidez tranquila, e a prematuridade foi um evento inesperado. Como exemplo, os depoimentos de Clara e Vitória:

Então, desde o início eu não esperava ter um filho prematuro. Eu esperava ter um filho de 40 semanas, estabilizado, para que ele pudesse vir. Mas, aconteceu um imprevisto, eu comecei a passar mal no dia 28, minha bolsa estourou. (Clara)

Um dia em que eu menos esperava, eu estava em casa, acabei de almoçar, sentei no sofá para ver televisão, aí eu espirrei, aí me virei para ele e falei 'estou parecendo um velho fazendo xixi na roupa'. Aí quando ele olhou, eu estava lavada de sangue sabe, ele disse 'calma, você não tá, você não fez xixi não', não querendo me assustar, mas com uma cara de apavorado. (Vitória)

Toda e qualquer gravidez traz em seu bojo a semente do sucesso e do fracasso — conceitos esses definidos diferentemente nas diversas épocas e culturas. É, portanto intrínseca a noção de risco, pois mesmo numa gestação que transcorre naturalmente podem ocorrer situações imprevistas que comprometam a saúde materna ou fetal (MARSON, 2008, p.164).

O parto, que é a expressão da vida e que alberga consigo certo risco, ao ser institucionalizado em nome da redução da mortalidade infantil e da materna, foi medicalizado, baseado na premissa de que a medicina pode dominar e/ou neutralizar seu risco (TANAKA, 1995, p.26).

O Ministério da Saúde, no manual dirigido aos gestores do sistema de saúde, ressalta a importância de que, logo no início do pré-natal, e durante toda a gestação, deve-se proceder a “uma avaliação de risco” das gestantes de modo a identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear o risco a que estão expostas (BRASIL, 2001, p.5).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p.11), o grupo chamado de "gestantes de alto risco" é uma “pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem

algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe”.

O manual técnico gestação de alto risco (BRASIL, 2000, p.15-6) salienta a importância do componente emocional no seguimento da gestação de alto risco, pois entram em jogo fatores psíquicos pré-existentes e atuais, que se manifestam através da ansiedade, mecanismo emocional basal que se estende durante toda a gravidez, de forma crescente, até o termo. A ansiedade tem causas várias identificáveis para cada trimestre, mas que se intercambiam psicodinamicamente. Listam-se, entre elas, ambivalência, negação, regressão, introspecção, medo etc.

Segundo Quayle (2005), na primeira metade da gestação estão mais presentes conflitos associados à ambivalência e que incluem: o feto e sua concepção; o desempenho de papéis vistos como auto-excludentes (mãe/esposa/profissional/filha); o medo de perder o bebê ou este ser portador de problemas, doenças ou malformações. A essas condições, normalmente associam-se posturas introvertidas, regredidas ou infantilizadas (desejos, vontade de ser cuidada e mimada, sonolência exagerada, refúgio na fantasia). A segunda metade da gestação é marcada pela possibilidade de percepção dos movimentos fetais, deste “outro dentro de si”, e acarreta um redirecionamento dos interesses e energias para a realidade externa, sendo comuns os medos e receios das situações e tarefas concretas, tais como: condições do parto e do bebê ao nascer, capacidade pessoal para o desempenho do papel maternal, manutenção da atração física, medo de perder o carinho do companheiro ou de manter a capacidade laborativa.

Na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, a começar pelo rótulo "de alto risco", portanto "diferente" das demais, "normais". A História de Vida de dez mulheres revelou a vivência da gestação de alto risco, com a iminência de perder o bebê e/ou sua própria vida.

Quando a condição de risco é diagnosticada durante a gestação, a mulher experimenta, então, todas as reações próprias do vivenciamento do luto, pela "morte da gravidez idealizada" (BRASIL, 2000, p.16). Surgem sentimentos de culpa, raiva, censura.

Houve relatos de processo gestatório difícil desde o início, no caso de Carina, Isabela, Maria, Socorro e Beatriz. Essas mulheres tiveram de manter repouso e vivenciaram durante toda gestação o medo de abortamento.

Mas, depois, a minha gravidez foi uma gravidez muito difícil, porque eu tive muitos problemas a gravidez toda. (Carina)

Ah, foi muito complicada. Fui parar umas duas ou três vezes no hospital, perdi sangue, não podia fazer nenhum esforço. Ficava de repouso, foi muito complicada mesmo. (Isabela)

[suspira] Porque desde quando eu tive ela, desde que eu com um mês e pouco eu fui à médica já me pediu repouso. (Socorro)

Desde quando eu descobri a minha gravidez, eu já comecei a perder sangue, perder líquido. Ia toda semana no hospital e falavam que era normal e eu perdendo o meu filho. Até que ele nasceu de 31 semanas. Foi horrível! (Beatriz)

Maria relatou a dificuldade em negociar a abstinência sexual com o marido, o processo de abortamento e a necessidade de repouso absoluto.

Nós brigávamos porque não podia ter relação nem nada, mas isso o médico não falou. Aí eu tive relação com meu marido e aí que aconteceu. Na mesma hora começou a sangrar. Aí eu internei. (...) Foi aí que o médico me explicou que eu não podia ter relação, que eu podia abortar e que eu não podia tossir, até um espirro que eu desse poderia abortar. (Maria)

Ângela apresentou uma crise asmática, referida como 'bronquite', que evoluiu para pneumonia, necessitando ser hospitalizada.

Minha gravidez estava indo tudo bem, mas quando eu estava no quinto mês, eu tive uma crise de bronquite. (...)

Passei sete dias internada, com infecção no pulmão.
(Ângela)

A asma é a forma mais comum de doença pulmonar encontrada na gravidez, porém o controle adequado da asma grave tem reduzido a mortalidade perinatal, embora exista uma correlação positiva entre a gravidade da doença e a prematuridade, além do baixo peso ao nascer (BRASIL, 2000, p.118).

Nesta pesquisa, a elevação da pressão arterial foi relatada por sete depoentes: Indira, Denise, Ana, Yasmine, Flávia, Viviane e Mônica.

A hipertensão arterial concomitante com a gravidez é associada ao aumento da morbidade e mortalidade materna e perinatal. No Brasil a causa mais frequente de morte materna está relacionada com a hipertensão associada à pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Sua frequência na gestação é alta, refletindo os dados da população em geral. Também é a mais frequente entre as síndromes hipertensivas da gestação. A hipertensão arterial leva a retardo de crescimento fetal, hipóxia fetal e aumento da mortalidade perinatal. Por sua vez, a gravidez tende a agravar os níveis tensionais, o que pode gerar complicações graves para a mãe (BRASIL, 2000, p.99).

Indira, Denise e Ana apresentaram elevação dos níveis pressóricos durante a gestação que justificaram a internação e a interrupção da gravidez.

Quando chegou no sexto mês, a minha pressão subiu. A pressão na semana do carnaval deve ter chegado a 20. Quando eu me internei aqui, ela estava com 19, 19 x 11, 19 x 12, uma coisa assim. Aí eu me internei, fiquei internada. Mas eu jamais imaginei que fosse para eu fazer uma cesárea. Eu estava para fazer 7 meses. (Indira)

Foi no pré-natal. Aí quando chegou lá no pré-natal a enfermeira perguntou se eu estava sentindo alguma coisa. Realmente, eu não estava sentindo nada. A minha pressão subiu, foi a 19. A mínima eu não lembro. Eu não lembro mais. Ela me perguntou se eu estava sentindo alguma coisa, aí eu falei pra ela que não. Ela 'estranho você não estar sentindo nada, olha como está a sua perna toda inchada, o

pé!'. Aí, quando o médico me examinou, falou que não era pra ir pra casa, mas ir direto pro hospital. (Denise)

Porque eu fiquei internada bem antes, eu fiquei uma semana, fiquei aqui porque a minha pressão estava alta. Estava sentindo já as contrações. (Ana)

Yasmine, além de hipertensa crônica, à época da gravidez, tratava de um quadro depressivo.

Eu tive muito problema na gravidez. Problema de pressão alta. Eu era hipertensa já, né. E eu estava com problema de depressão. Devido ao meu filho [morto], estava fazendo tratamento. Tive que parar o tratamento. Então foi bem complicada a gravidez do K. (Yasmine)

Já Flávia, que adotou o bebê, era hipertensa e relatou não poder mais engravidar pelo risco de morte.

Eu não podia mais engravidar por causa da pressão. (Flávia)

A evolução, durante a gestação, do quadro hipertensivo para eclâmpsia foi vivenciado por Viviane e Mônica.

Porque a minha gravidez foi de alto risco, me deu eclâmpsia. Eu tive que tirar ele. Por isso ele nasceu prematuro. [silêncio] (Viviane)

Essa daqui foi complicada, foi mais difícil do que da outra. Essa aqui foi complicadíssima, porque a minha pressão começou a aumentar. (...) Realmente o que o médico falou até para a minha mãe: 'era arriscado até a sua filha não estar com vida, o caso dela foi realmente...' Conforme eu caí, eu caí no meio-fio, eu abri isso aqui [aponta para o rosto], levei 4 pontos no supercílio e a hemorragia interna. Tinha uma hemorragia da cabeça, uma hemorragia sub... [subependimária] hemorragia da cabeça. (Mônica)

Quanto à condição clínica pré-existe à gestação, pode haver a rotura do equilíbrio emocional anteriormente adquirido, com frequente deterioração ou perda da auto-estima e surgimento de sentimento de incompetência. A partir daí, estabelece-se dificuldade de vinculação (BRASIL, 2000, p.16).

Porém, a mulher pode acreditar que tem uma oportunidade na vida, o triunfo sobre a doença, como aconteceu com Mônica e Yasmine. Hipertensas crônicas, as duas lutaram contra as adversidades do período gravídico-puerperal e a prematuridade do filho, e foram entrevistadas com suas crianças nos braços, podendo contar sua História de Vida.

Cláudia e Denise também são exemplos de superação, pois já haviam vivenciado anteriormente abortamentos espontâneos e conseguiram ter um filho. Mesmo prematuro e muito diferente do idealizado, a criança nasceu viva.

Foi tudo complicado. Que eu estava indo muito bem, que nas duas gravidezes deu o mesmo problema. Eu perdi com o mesmo problema, o dele a mesma coisa, vai até 25 semanas, aí daqui a pouco as semanas tipo 26, 27, as semanas já começa a descer, 22, 23, nunca, só vai, aí a médica vai segurando... Vou tomando remédio pra ver se segura mais um pouco. (Cláudia)

Só que eu tenho um problema de engravidar, eu tenho muita dificuldade. Casei, durante um ano fui tentando, um ano depois certinho de a gente estar casado, aí eu engravidei. Aí, perdi com 6 meses, ele chegou a nascer com vida mas, eu perdi. Aí a doutora conversou comigo, né, que era assim mesmo, que eu era nova, pra tentar outra vez. Aí, dois anos depois que eu consegui engravidar outra vez, foi quando veio essa benção na minha vida, só que ele veio com 7 meses e meio. (Denise)

Maria e Socorro conceberam gemelares, mas vivenciaram a perda de um dos conceptos. Maria abortou um ainda no início do período gestacional, porém o outro fora preservado, como relatado a seguir:

Quando eu cheguei no médico ele disse assim, vamos fazer uma ultra-sonografia. Aí ele fez uma ultra e aí ele viu que era gêmeo, eram gêmeos que eu estava abortando um mas o outro estava intacto. Pequeninho, é incrível! (Maria)

Socorro conseguiu levar a gestação até a 32ª semana quando entrou em trabalho de parto prematuro, porém uma das meninas morreu com três dias de vida.

E ele como tem família que tem gêmeo e na minha família também, vieram logo duas. Aí foram logo já mudando os planos dele. Aí, quando ela nasceu o baque foi maior porque nasceram prematuras e uma morreu, foi mais difícil ainda pra ele e pra mim também. (Socorro)

Na gestação múltipla, a mortalidade perinatal é maior que a habitual. É devida, principalmente, à prematuridade e ao retardo de crescimento fetal e, secundariamente, à presença de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão, aumento de incidência de doenças como pré-eclâmpsia etc. Está também aumentado o risco materno pelo aparecimento mais frequente das síndromes hipertensivas, de anemia, de quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas etc (BRASIL, 2000, p.58).

Na História de Vida das entrevistadas, houve relatos de internação para manutenção da gestação, estabilização clínica da mulher antes da resolução do parto. Algumas vivenciaram um período curto de dias de hospitalização, outras necessitaram de quase dois meses até o nascimento do bebê. A seguir, o exemplo dos dois extremos:

Passei 3 dias para ter ela, cheguei na sexta e tive na quarta-feira a tarde, mas mesmo assim porque o outro médico, sempre vinha um e olhava, tem que esperar, tem muito exame aqui. (Maria)

Com 23 semanas a minha bolsa rompeu dele. Aí eu vim e fiquei internada, fiquei internada até completar 29 semanas, quase dois meses. (Juliana)

Com os recentes avanços no cuidado perinatal de gestantes de alto-risco (com diabetes, hipertensão, ameaça de parto prematuro ou com um feto de crescimento retardado), Klaus e Kennel (1992, p.38) destacam a preocupação com os resultados de uma hospitalização pré-natal prolongada, que dura um mês ou mais. Essas mulheres preocupam-se mais com o seu bebê do que com sua própria saúde e relatam solidão. Os autores salientam a importância de planejar para elas

um atendimento individualizado, que leve em conta, as sutilezas de sua dinâmica familiar em transformação.

A hospitalização necessária no seguimento da gravidez de alto risco deve ser considerada como um fator estressante adicional, pois a mulher é afastada do suporte familiar. E isso independe do tempo de internação, pois tanto Taís (que ficou uma semana internada) como Isabela (quase um mês) relataram sofrimento pelo afastamento do lar e dos familiares.

Aí, quando eu fiz 7 meses — ainda nem tinha completado 7 meses ainda — estava perdendo líquido. Aí eu fiquei internada. Chorei muito quando eu fiquei internada. Estava com medo, sozinha. Assim com 18 anos e eu não sabia direito ainda. Não podia ficar ninguém comigo porque eu era maior de idade. (...) Eu fiquei uma semana internada. (Taís)

Que eu fiquei internada quase um mês internada tentando segurar. [silêncio] Foi horrível, muito ruim, que eu nunca tinha ficado fora assim tanto tempo de casa, que eu sou muito caseira, fico mais em casa. Eu fiquei muito tempo internada. Eu vim aqui, já estava já com pânico, de entrar aqui, tinha ficado muito tempo, eu fiquei com trauma de entrar aqui, de tanto tempo que eu fiquei aqui. (Isabela)

Como é destacado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000, p.16), a gestante hospitalizada vive o conflito entre a dependência imposta e a perda de autonomia (perda do controle sobre si e sobre a gravidez).

Considere-se, neste ambiente emocional, o papel da equipe assistencial sob a ótica da paciente: a equipe é inominada, onipotente, autoritária, distante, fria, mal-humorada, "de falar difícil", e pouco comunicativa. Por outro lado, o médico também é visto pela grávida como super-homem ou deidade, capaz de salvar a vida dela e de seu filho (BRASIL, 2000, p.16).

Mas também é importante a visão que a equipe tem de si mesma, pois os sentimentos e emoções são intercambiáveis com os da paciente. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p.16) pondera que a equipe trabalha entre dificuldades diagnósticas e terapêuticas; com cobranças

por parte da paciente, da família ou da instituição obrigando-se, muitas vezes, à "política de resultados". Conta-se, ainda, o estresse profissional, podendo viver emoções tipo "montanha russa". Desta forma, a equipe de saúde há que ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que rodeia o acompanhamento da gestação de alto risco.

Diante da indicação de internação de uma gestante com possibilidade de um parto prematuro, o ideal é que na instituição haja leitos especializados para neonatos. Em situações onde não existem recursos para o tratamento de um recém-nascido de risco, seja ele um prematuro ou um recém-nascido gravemente enfermo, está indicado o transporte para uma unidade de maior complexidade (BRASIL, 1994, p.135).

Esse fato aconteceu com Carina, com 30 semanas de gestação e amniorrex prematura, foi inadequadamente avaliada, acabou parindo em município da baixada do estado do Rio de Janeiro que não possuía UTIN, e o seu bebê teve de ser transferido.

Quando eu fiquei com 7 meses, eu já comecei a ficar passando mal, aí eu fui lá pra falar com a doutora lá, que estava passando mal, e que eu estava perdendo líquido, ela mandou para casa e falou que estava fazendo xixi, que era xixi e que não era líquido. Eu fui para casa e aí ele ficou seco, fui para o hospital, lá pro hospital, eu ganhei ele num hospital lá em Nova Iguaçu. Só que lá não tinha vaga na UTI, e ele veio aqui. (Carina)

De acordo com Menezes *et al* (2006, p.554), a falta de leitos de UTI para o recém-nascido configura o principal motivo para transferência perinatal, tornando-se, portanto o fator limitante para internação de gestantes com possibilidade de parto prematuro. Porém, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994, p.135) enfatiza que a melhor forma de se transportar um recém-nascido é dentro do útero materno.

O relato emocionado de Mônica ilustra a situação vivenciada de risco de morte iminente. Ela passou por quatro hospitais até que fosse

resolvido o parto. Ao ir para o trabalho, fez um quadro de eclâmpsia. Foi socorrida em via pública e encaminhada para um hospital geral com maternidade, porém, sem UTIN. Sua tia intercedeu para que fosse transferida para a maternidade de referência com UTIN, porque ela “tinha o cartão” de pré-natal. Só que durante a transferência, na ambulância, seu quadro agravou e ao chegar à maternidade, os médicos não permitiram que ficasse pois, não havia UTI materna. Foi então para um hospital geral com UTI de adulto, porém sem centro obstétrico, ali ficou internada por três dias. Ao ser estabilizado seu quadro clínico, foi transferida para a instituição onde finalmente foi realizada a cesárea com sucesso. Mãe e filha vivas apesar de tanto sofrimento.

Aí, lá na emergência, o médico de lá falou ‘se vocês quiserem a gente pode ficar com ela, mas o caso dela, ela está dando crise de meia em meia hora, não tem como a gente salvar. Se a gente for tirar essa criança, aqui não tem UTI.’ A minha tia disse ‘não, mas ela está com o cartão do pré-natal, vocês podem encaminhar ela para lá.’ Aí me encaminharam para a maternidade. Chegou no caminho eu estava entrando em coma, a médica do SAMU falou assim ‘ela está entrando em coma agora, ela está botando muito sangue e o sangue está coagulando para dentro da criança’. Aí chegou ao hospital, os médicos me olharam e falaram, ‘ela não tem condições de ficar aqui, ela tem que ir para uma UTI’. Eu fui para uma UTI. Aí eu fiquei do dia 22 ao dia 24 à noite, aí no dia 24 à noite eu vim para cá, para fazerem a minha cesárea. Ela nasceu uma e vinte e cinco da manhã [mãe se emociona, e fala com a neném]. Uma e vinte e cinco da manhã do dia 26 de janeiro... (Mônica)

Considerando que o prognóstico fetal é melhor quando a transferência ocorre intra-útero, as mulheres partem em busca de atendimento, muitas vezes pelos próprios meios. Ao entrar em trabalho de parto prematuro, cinco mulheres (Yasmine, Denise, Maria, Vitória, e Indira) vivenciaram peregrinação desde os locais onde faziam o pré-natal, passando por maternidades, às vezes fora do seu município de origem, por sua conta e risco.

Essas mulheres vivenciaram percalços na busca de atendimento ao seu parto, de assegurar o direito garantido pela Constituição Federal, em 1988, considerando a saúde como direito do cidadão, conforme o artigo 196 da seção II da Saúde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.130)

Por vezes, a mulher é examinada em uma unidade, que identifica a necessidade da interrupção da gestação prematuramente. Mas, sem leitos de UTIN, fazem corretamente a indicação de transferência. Porém, como não conseguem uma vaga para uma unidade de referência, “liberam” a mulher para que com recursos próprios tente atendimento.

Foi o que aconteceu com Yasmine. No dia das mães, foi para o município de Itaguaí comemorar com sua mãe, sentiu tontura e foi a um hospital local. Identificada a hipertensão, foi medicada, mas sem estrutura de atender com segurança o seu parto. Ela sabia que deveria ser transferida de ambulância para outro hospital, mas como vê todo o entrave na transferência, fica grata quando o médico “permite” que vá para outra instituição por meios próprios.

(...) chamou o meu marido e falou que ali no hospital não tinha condições, e que iam optar pela minha vida, que no caso, se o meu marido aceitasse, eles iam fazer de tudo pela minha vida. Então eu já fiquei com aquilo, meu Deus do Céu! Eu fiquei com medo porque se eu ficasse ali, se acontecesse eles falaram que não tinham recursos para prematuros e que ele ainda estava pequenininho. Então eu liguei para o meu irmão. Meu irmão veio e me trouxe para cá, e quando eu cheguei aqui graças a Deus... O hospital estava tentando ligar para cá, porque não pode sair de um hospital para o outro sem ter a vaga, eles estavam ligando, mas eles não conseguiam falar com o Carmela Dutra. Eles não conseguiam falar. E aí o que aconteceu, ele falou assim ‘mas, com carro particular, eu posso liberar’. Porque eles viram que eu estava muito nervosa, com medo de tudo que poderia acontecer comigo e com ele no caso. (Yasmine)

Já a História de Vida de Denise, com 34 semanas de gestação, ao ir à Unidade Básica para consulta de rotina no pré-natal à tarde, ao verificarem hipertensão arterial e edema, foi orientada pelo médico a ir direto para a maternidade, sem passar em casa. Morando em Santa Cruz dirigiu-se a um hospital geral estadual que possui maternidade por ser mais próximo, cerca de 1 km, foi examinada (“me deram toque”) e a médica a indicou para outra instituição. Resolveu ir buscar sua mãe em sua residência, pois estava muito nervosa só com o marido. Todos foram para a maternidade municipal, distante 33 km de onde estavam, por volta de 20 horas. Novamente foi submetida ao toque vaginal e começou a perder sangue por via vaginal. Como já tivera um bebê neomorto, pela tensão da situação sua pressão elevava ainda mais. Tinha indicação de internação, mas teria que assinar um termo de responsabilidade, pois havia um surto de infecção neonatal, como seu parto seria prematuro o bebê iria precisar de UTIN. Como se negou a assinar, foi aconselhada a procurar a maternidade municipal mais próxima, cerca de 9 km.

A peregrinação tornou-se tão comum em nosso meio, que nem sempre as mulheres se revoltam quando não obtêm assistência. Porém, Tanaka (1995, p.44) afirma que elas têm consciência de que isso não está certo. Elas se conformam e partem em busca de outra instituição. Foi o que aconteceu com Denise e seus familiares. Diante da impossibilidade de ficar, começaram a perguntar como ir para a instituição recomendada de ônibus. Quando chegou uma ambulância trazendo uma parturiente para ser internada, conseguiram uma “carona”. Denise percorreu a distância de 43 km até que conseguisse ser hospitalizada:

Aí, a gente nervosa, procurando saber onde era esse hospital aqui. Aí foi quando a enfermeira da ambulância falou assim: ‘se a menina que eu trouxe não ficar aí, eu dou uma carona pra vocês’. Foi quando eu comecei a pedir a Deus pra menina também não assinar o termo de responsabilidade. Nisso a menina saiu. Aí me trouxeram também pra cá. Chegou aqui, graças a Deus, fui bem

atendida. Me deram toque, falaram que eu tinha que ficar internada, aí me prepararam toda, me trouxeram aqui pra cima. Eu estava com medo de perder de novo, entendeu? Uma coisa que eu tanto queria... Aí me trouxeram aqui pra cima, fiquei na sala de pré-parto. Subi com a minha mãe, que eles falaram que poderia subir com a minha mãe. (Denise)

Para Tanaka (1995, p.40) a desumanização do setor da saúde é tão grande que, durante o atendimento, a prioridade é proceder aos trâmites burocráticos, e só depois atender à cliente. Nem o parto, sempre considerado como um momento sublime no qual uma nova vida começa é respeitado de forma digna. A mulher e sua família passam a mendigar uma atenção que nem sempre é obtida.

A peregrinação em busca de uma vaga infringe os direitos humanos e certamente é uma forma de violência, mas as mulheres não conseguem refletir sobre isso.

A História de Vida de Maria é um exemplo emblemático da falta total de ética e compromisso com a saúde da mulher gestante. Fez um extenso relato da sua *via crucis* da gestação até conseguir a hospitalização, falou ininterruptamente, sem pausas. Considerada uma gestante de risco, fez todo o seu pré-natal em um hospital filantrópico desde o início da gestação de gemelares. Abortou um conceito com dois meses de gravidez. A partir daí, manteve repouso e iniciou uso de medicação uterolítica (dactil®), fazia ultra-sonografia de 15/15 dias. O médico que a acompanhava entraria de férias, mas antes a orientou para que em qualquer alteração retornasse a instituição. Porém, a obstetra substituta que a consultou suspendeu a conduta medicamentosa anterior. Com medo, Maria ainda tomou os comprimidos restantes na caixa. Ao parar com o remédio, entrou em contração uterina. Na instituição onde fez todo o seu pré-natal, foi hospitalizada. O que acontece a seguir é uma sucessão de maus-tratos:

Aí eu fui para lá e eles me internaram: Quando viram que era de 6 meses, eles falaram: 'Não, você não pode ficar aqui, aqui a gente não aceita criança prematura'. Foi isso

que me revoltou porque eu já estava internada e a doutora falou assim: ‘Você não pode ficar aqui, porque é prematura’. Ela fez os exames de novo, viu que eu estava com as contrações. Então ela falou assim: ‘Procura outro hospital’. Mas eu já estou internada, eu não tenho ninguém aqui, eu não sou daqui, eu não conheço nada aqui direito, eu comecei a trabalhar agora. Ela falou assim: ‘Ah, te vira, olha tem o hospital perto que tem lá que é a maternidade’. Aí ela começou a falar o nome dos hospitais. ‘Mas eu não posso ficar com você aqui’. Ela me devolveu os documentos e mandou eu me virar!

Então quer dizer nenhuma ambulância para me transferir para outro hospital? Ela: ‘Não podemos fazer isso não. Você pega um táxi e vai’. E eu disse como é que eu vou pegar um táxi que nem dinheiro eu tenho? Se foram as pessoas do trabalho que me trouxeram aqui? ‘Eu não posso fazer nada por você não’. (...) ‘Você pode pegar um ônibus, qualquer coisa porque você não vai ter essa criança agora, você não está em dilatação, você está em 2 de dilatação e vai até o 10’. (Maria)

Na saída, Maria encontrou uma médica, que, sem poder intervir na conduta da outra, ligou do seu celular escondido para que viessem buscá-la:

Aí, aquela doutora que eu encontrei no corredor pegou e ligou para o meu trabalho do celular dela. Ela fez isso no corredor. Ela disse para vir me buscar e ela ficou na porta do hospital comigo. E foi aí que o rapaz veio e me pegou e me trouxe para cá. ‘Olhe, você só não pode falar o meu nome porque se eles souberem que eu fiz isso, eles não vão gostar’. E aí eu disse tudo bem. Eu disse, não, pelo amor de Deus! (Maria)

Maria foi abandonada à própria sorte. Aos prantos, só lhe restou a fé. Enfim, conseguiu sua internação.

Saí chorando! Aí parei e pedi a Nossa Senhora para me ajudar e para me iluminar. Porque eu não ia ficar desesperada. Tinha uma criança dentro de mim. Eu tinha que me controlar para não fazer mal a ela. (...) E eu sei que eu vim aqui e estava tudo cheio também, mas graças a Deus eles me aceitaram. (Maria)

Sem qualquer laudo, exames, nada... Tudo ficou anexado ao seu prontuário. Foi abandonada pelo serviço de saúde. Não se pode configurar essa atitude como encaminhamento.

Eles não me deram papel nenhum. Meus documentos estão todos aí, os meus exames estão aqui. Vocês podem me dar os meus exames para eu poder levar para o outro hospital? E ela falou que não podia. E como é que eu faço todos os exames no hospital? E ela chega e fala que eu não posso pegar os exames... (Maria)

O que faz um profissional abandonar sua cliente à própria sorte? Seria autoproteção? Não se comprometer com o que pudesse vir a acontecer? Talvez por isso não tenha emitido um laudo para que sua história clínica pudesse ser acompanhada pelo serviço onde conseguisse atendimento?

Ressalto que a história do pré-natal é da mulher, é a sua vida, são seus exames. A mulher tem o direito de ter uma cópia do seu prontuário. O profissional tem o dever de fornecê-lo.

Diariamente a mídia informa o descaso, a falta de compromisso dos profissionais no atendimento à saúde, principalmente, dos menos favorecidos economicamente. A situação é caótica e está banalizada no Brasil. É preciso uma política de saúde fiscalizadora, com denúncias ao Ministério Público. As mulheres que passam por isso não fazem a denúncia por medo, por não acreditarem que a justiça possa ser estabelecida diante da sensação de impunidade.

Gomes (2004, p.31) observa a ausência de uma abordagem integral dos diferentes elos que compõem a assistência perinatal – pré-natal, assistência ao parto e períodos puerperal e neonatal em todos os níveis de complexidade. Uma parcela significativa da população esbarra nas dificuldades de acesso e na má qualidade da (des)atenção prestada: descaso com o acompanhamento pré-natal; falta de continuidade entre o pré-natal e o atendimento ao parto; dificuldades para internação durante trabalho de parto; falhas grosseiras na condução do trabalho de parto, do parto e do atendimento ao neonato; abandono e violência institucional. A

autora, referenciando estudos mais específicos de avaliação técnico-científica dos serviços de assistência à gestante e ao recém-nascido, tem evidenciado situações que variam da não-disponibilidade e inadequação até a utilização desnecessária e inapropriada de tecnologias: o excesso de partos operatórios, a baixa utilização da corticoterapia antenatal e as variações e inadequações nas práticas neonatais. Também destaca o perfil quantitativo e qualitativo dos recursos humanos.

No tocante à assistência materna e neonatal de maior complexidade, essencial nas situações de risco obstétrico e neonatal, encontram-se problemas não solucionados e acentuados nos quesitos acesso oportuno, adequação técnico-científica e efetividade. Gomes (2004, p.33) afirma que, nas últimas décadas, a escassez quantitativa e qualitativa dos serviços de atendimento perinatal de maior complexidade tem sido responsável pelo mau atendimento e por graus importantes de morbidade e mortalidade materna e neonatal, em um elenco de agravos absolutamente evitáveis.

Para a mulher no ciclo gravídico-puerperal, as assistências no pré-natal, no parto e no puerpério estão intimamente interligadas. Tanaka (1995, p.98) afirma que a impossibilidade de acesso às informações, de forma contínua e integral, em qualquer um desses períodos, fragiliza a assistência, expondo a mulher a risco de morte.

Tanaka (1995, p.98) faz uma ponderação que “o médico dá pouca importância às informações trazidas pela gestante no cartão de pré-natal”. Os profissionais dão pouca importância à história de saúde/doença dos clientes. Há supervalorização das máquinas geradoras de imagem, dos exames. A clínica se perdeu, ao passo que a gestante tornou-se “a-histórica”.

A impossibilidade da garantia da vaga no estabelecimento de saúde público onde a gestante realizou o pré-natal ocasiona o processo de peregrinação das gestantes. Knupp, Melo e Oliveira (2008, p.42) afirmam que, no setor privado, verifica-se uma tendência inversa, a

mulher é acompanhada durante a gestação pelo médico que realizará seu parto, tendo a oportunidade de estabelecer uma relação prévia de confiança, o que, entretanto, não garante uma condução mais adequada do parto.

Indira, filiada a um convênio médico, fazia o pré-natal em um hospital privado em Santa Cruz, bairro próximo a sua residência. Fez uma crise hipertensiva e buscou atendimento onde era acompanhada. Foi medicada na emergência, porém como não conseguiram fazer a estabilização da sua pressão arterial, havia necessidade de internação, com possibilidade de interrupção da gravidez. Estava com 30 semanas de gestação e o seu bebê necessitaria de UTIN. Porém, como não havia terminado a carência do plano, precisaria pagar pela internação da filha, um custo impossível de arcar. Foi orientada a procurar por meios próprios pelo serviço público. Indira saiu do bairro de Santa Cruz, percorreu a distância de 25 km de trem até Padre Miguel, onde mora. Seu tio que possui um automóvel a levou a maternidade indicada, onde foi realizado este estudo, distante 17 km. O trajeto total foi 42 km, uma maratona.

Aí eu conversei e eu não podia me internar porque o plano estava em carência e ia ser 3 mil reais para ela ficar. E eu não tinha condições nem de 100 reais por dia. Ela ficou 2 meses! E não me ofereceram ambulância para me trazer até aqui. Eu tive a indicação da doutora, da ginecologista de lá para cá, pra vir pra cá. Não me ofereceram ambulância e eu vim de trem. A gente estava sem carro. De trem até Padre Miguel, onde eu moro, e de lá o meu tio me trouxe até aqui. Então quer dizer foi uma m... Eu até cancelei o plano porque foi um momento em que mais precisava, precisei e eles me negaram. E até tinham uma ambulância na Unidade lá. Eu acho que o mínimo que eles poderiam fazer era isso, já que eles não podiam me internar. Eu acho que no mínimo era isso... (Indira)

Na situação vivenciada por Indira, a necessidade da interrupção da gestação por conta da crise hipertensiva a deixou sem a cobertura pelo convênio, pois não havia decorrido o prazo de carência estipulada pelo

plano para cobertura do parto. A mulher quando adere a um plano privado de saúde deve ter uma atenção especial quanto à carência. Se houver qualquer intercorrência que leve ao parto prematuro, ela estará descoberta.

Também há o caso dos convênios que não oferecem estrutura terciária de UTIN. Tanaka (1995, p.39) explica que há uma demanda observada no setor público, que passou a ser referência para o setor privado de casos considerados “não-rentáveis”, o que agrava a falta crônica de leitos públicos.

A crítica de Tanaka (1995, p.39) é que a crise de financiamento no setor da saúde levou a uma descaracterização da atenção à saúde. Os serviços passaram a seguir a lógica da produção e da produtividade, em detrimento da qualidade de assistência. O indivíduo deixou de ser visto como um ser humano a ser atendido em suas necessidades e passou, gradativamente, a ser tratado como um número a mais a ser faturado.

A historicidade de Vitória é marcante, um exemplo de luta e superação. Após um período de tratamento para conseguir engravidar, teve uma gestação tranquila. Com 28 semanas, sofreu descolamento prematuro de placenta. Moradora de uma pequena cidade da região serrana, seu marido a levou para o hospital local. O médico que a examinou descartou qualquer possibilidade de salvar a vida do bebê. Vitória se recusou a fazer a curetagem e lutou para que fosse transferida com vaga garantida para uma maternidade com UTIN, em ambulância, após quatorze horas de expectativas e incertezas.

Aí, quando chegou lá, o médico falou para mim: ‘Olha minha filha, esse aí você já perdeu. Eu vou só esperar acabar de morrer para te passar a faca’. Aí eu fiquei nervosa, porque até então, a frieza do médico...

— Ele te falou dessa forma?

Dessa forma, com essas palavras. A enfermeira falou: ‘Doutor, o senhor não quer passar o aparelhinho para ouvir o coração do neném?’ Ele disse: ‘Não precisa minha filha. Do jeito que ela está perdendo sangue, isso daí ela já perdeu’. Aí eu fiquei nervosa. E nesse de eu ficar nervosa,

eu pedi: ‘Doutor, pelo amor de Deus, salva o neném, tenta fazer alguma coisa!’. Aí ele falou assim: ‘Minha filha, o que que eu posso fazer?’ Ele fez sinal para a enfermeira e disse ‘prepara ela, prepara para operar’. Ela me levou para tomar banho, eu estava sangrando muito. E eu me negava e falava que não ia deixar ele tirar o neném: ‘O neném está mexendo, eu estou sentindo’. Eu estava perdendo muito sangue, muito sangue mesmo. Aí, teve aquele negócio de o meu marido tentar pedir uma remoção para ver se em outro lugar conseguia. Ele explicou que não, que o bebê era muito pequenininho, não poderia fazer nada por ele, porque se deixasse eu morreria porque eu estava perdendo muito sangue. Aí, o meu marido não aceitou. Aí, ele sugeriu: ‘então você bota ela no seu carro e leva para outro lugar, porque a gente está tentando vaga e não está conseguindo em lugar nenhum também’. Era até o feriado de 15 de novembro. Então, por ser um feriado também, ficava mais difícil porque tentava ligar e não era atendido. Tudo complicou. Tudo. Isso era por volta de meio dia e pouco. Foi quando eu passei mal, e eles só conseguiram uma vaga para mim às dez horas da noite. (...) Aí, consegui pela central de vagas uma vaga aqui. Tinha uma vaga com UTI neonatal. Aí, viemos para cá. Cheguei aqui quase duas horas da manhã. Era uma e pouco mais ou menos. Mas, aí, não podiam me receber porque parece que tinha vindo uma enfermeira trabalhar e ela estava com catapora. (...) Então não poderiam receber. Mas quando a médica foi dar o toque a hemorragia voltou, no consultório mesmo, naquele pré-atendimento, né. Aí, ela falou não tem como deixar ela ir embora porque ela está em trabalho de parto e ela vai ter que ficar aí pra gente ver. Aí eu fiquei e o meu marido foi embora com a ambulância e tal. E eu fiquei. (Vitória)

A presença do marido de Vitória foi fundamental em todo o processo. Ao enfrentar a autoridade do médico, não permitiu a curetagem, não aceitou as insinuações para levar sua esposa em veículo próprio e insistiu para conseguir uma vaga e assegurar a transferência de forma segura, tanto para a mulher como para filha ainda no útero.

Menezes *et al* (2006, p.558) ressaltam que, embora haja um sistema referência e contra-referência estabelecido, é fundamental a implementação dos sistemas de transporte e comunicação entre as unidades. Melhorar o sistema de transporte, com transferência de

pacientes de risco ou em trabalho de parto feita por ambulâncias, traria, além de um maior acolhimento às parturientes, uma diminuição dos riscos potenciais existentes durante a viagem.

Apesar dos programas de referenciamento de gestantes de alto risco e humanização do pré-natal e nascimento, Menezes *et al* (2006, p.553) afirmam que se pode ainda observar um fluxo de gestantes das regiões mais periféricas em direção ao centro do município, onde existe maior concentração de serviços.

Vivemos uma realidade em que os serviços têm sido oferecidos de modo parcial à grande parte da população. Há um descompasso entre a avançada política pública de atenção perinatal e a realidade brasileira. É difícil admitir que, em pleno século XXI, ainda se possa ter uma atenção tão desqualificada à saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Diante dessa conjuntura macroestrutural, não se pode esquecer a mulher que vivencia a gestação de alto risco e/ou a prematuridade. Deve ser levado em conta seu contexto emocional, suas reações (ambivalência, culpa, raiva e luto), que podem se manifestar através de sentimentos de exclusão, ressentimento, agressividade.

Quando o parto ocorre dentro de um tempo e em condições fisiológicas, pode ser tomado como normal e não deixar marcas psíquicas traumáticas no bebê (WINNICOTT, 2000).

O momento certo do nascimento no sentido psicológico é igual ao fisiológico, aos nove meses, chegando à hora de o bebê abandonar o útero. Do ponto de vista do recém-nascido a termo, ele é capaz de sentir todo o processo como algo natural, adequado à organização mental existente nessa ocasião. Há imensas diferenças psicológicas observadas entre prematuros e pós-maturos (WINNICOTT, 2006).

O bebê prematuro sofre pela antecipação, poderá perder alguma coisa do valor relativo à experiência do nascimento. O pós-termo pode estar no momento do nascimento em sofrimento provocado pelo adiamento da respiração. (WINNICOTT, 1990).

As injúrias que o bebê pode sofrer no nascimento não devem ser consideradas apenas em termos dos danos físicos, há de se considerar os desdobramentos diretamente relacionados à saúde mental da criança, que podem influenciar até mesmo na sua sobrevivência (WINNICOTT, 1990).

Winnicott (1990) afirma que a intervenção cesariana é um caso especial, pois há antecipação e o bebê terá perdido alguma coisa por ter sido privado da experiência comum do nascimento, ainda que certo aspecto esteja em melhores condições.

As melhores condições a que Winnicott acima se referiu, são as clínicas do bebê. À época que escreveu (1954), a cirurgia cesariana acontecia somente com indicações muito precisas.

Tanaka (1995, p.36) relata que na Inglaterra, no início do século XX, com o aumento gradativo de médicos na assistência ao parto e a incorporação e o manejo de novas tecnologias — como anestesia, a anti-sepsia e, posteriormente, a antibioticoterapia e a hemoterapia — tornaram o parto mais seguro. Concomitantemente, ocorreram avanços na neonatologia, fazendo com que o parto e a assistência ao recém-nascido (que sempre foi assistido em domicílio) passassem a ser realizado em hospitais, principalmente após a Segunda Guerra Mundial.

De acordo com Helman (2009, p.155), em 1959, no Reino Unido, um a cada três nascimentos ocorria em casa ou em uma clínica de enfermagem (equivalente às casas de parto no Brasil). Atualmente 99% acontecem em hospitais do Nacional Health Service. Em 2004, a taxa de cesáreas foi de 22% (ANS, 2009).

No Brasil, a institucionalização do parto também se deu após a Segunda Guerra Mundial, marcadamente a partir da década de 70. Tanaka (1995) explica que, mesmo com a incorporação de avanços tecnológicos, a institucionalização do parto e o aumento da cobertura pré-natal em nosso meio não foram suficientes para reduzir significativamente a mortalidade materna.

Além do que, de acordo com Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005, p.1316), a institucionalização do parto foi um fator determinante para afastar a família e a rede social do processo de nascimento, uma vez que a estrutura física e as rotinas hospitalares foram planejadas para atender as necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes. Assim a maioria das mulheres passou a permanecer internada em sala de pré-parto coletivo, com pouca ou nenhuma privacidade, assistida com prática baseada em normas e rotinas, fato este que contribui para que se tornasse passiva e, deste modo, impediram ou impossibilitaram a presença de uma pessoa de seu convívio social para apoiá-las.

Os procedimentos de internação em maternidade acontecem como um verdadeiro rito de passagem (Brüggemann, Parpinelli e Osis, 2005, p.1316), repleto de rotinas e normas de comportamento que são ditadas pela instituição.

Na análise de Tanaka (1995), a medicina criou na mulher uma nova necessidade de saúde, porém a incorporação do parto institucional não foi acompanhada, de uma política de saúde que facilitasse a absorção dessa nova demanda, nem diretrizes visando à integração, à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde para fazer frente a este novo procedimento.

Iniciou-se, nas décadas de 70-80, a peregrinação da gestante por uma assistência hospitalar ao parto. Esse fenômeno foi acentuado após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, o que deveria propiciar o acesso universal ao parto hospitalar.

Já no Brasil, de acordo com os dados do DATASUS (2009), no ano de 2007, a taxa de cesáreas correspondeu a 46,47%, estando entre as mais elevadas do mundo. Segundo a ANS (2009), em 2007, dentre os nascimentos ocorridos no setor de saúde suplementar, cerca de 80% foram de parto cesáreo e para o mesmo período, o SUS registrou uma taxa de 30% de partos cesáreos.

Tanaka (1995, p.23) afirma, categoricamente, que no Brasil “a taxa de cesariana é tão elevada que até chega a ser vergonhosa”. O índice é tão elevado que impossibilita análise rigorosa das causas pelas quais as cesáreas foram indicadas, se a vida da gestante ou do feto estava em risco em todos os casos. Para Illich *apud* Tanaka (1995, p.24), os atos médicos levaram a essa nova fonte de doença: a iatrogênica. Nesse sentido, a operação cesariana está muito mais ligada ao que este autor denomina de indústria de cuidados médicos do que a um real benefício à saúde da mulher e de seu filho e/ou a melhoria da qualidade de vida.

Para a ANS (2009), é fundamental questionar quais serão as consequências futuras deste número excessivo de cesarianas, realizadas muitas vezes sem uma indicação médica precisa e sem que as crianças tenham atingido seu completo potencial de desenvolvimento. Entender a complexa realidade da atual situação é também um passo importante para o enfrentamento deste problema de tamanha relevância para a saúde dos usuários, sejam eles do sistema público ou privado.

Faz-se necessária uma reflexão diante do postulado por Winnicott. Há um impacto na saúde mental tanto do indivíduo nascido de cesariana, como das mulheres que deixam de viver o processo da parturição. Então, uma vivência importante para o desenvolvimento psíquico da mulher e do bebê está sendo perdida desnecessariamente quando o procedimento cirúrgico acontece sem real indicação clínica.

Winnicott (1990, p.166) observa que o estudo padrão de ansiedade das pessoas nascidas por cesariana poderia fornecer informações adicionais sobre o problema do significado do nascimento, como já havia sido sugerido por Freud em 1905.

A psicanalista winnicottiana Dias (2003) salienta que não se supervalorize a experiência do nascimento, pois é uma entre a série de fatores favoráveis ao desenvolvimento da confiança, da estabilidade e da segurança. Nos casos em que tudo correu bem no processo de

nascimento, é pouco provável que ela surja como um ponto importante na análise. A autora destaca que:

É apenas quando as complicações do processo de nascimento ultrapassam os limites que o bebê é capaz de tolerar, isto é, quando ocorrem graus intoleráveis de invasão e as consequentes reações, que ele se torna traumático, podendo decorrer daí uma distorção grave, relacionada com um início forçado e prematuro do funcionamento mental. Quando isso acontece, a experiência será retomada inúmeras vezes na análise, o que é frequente no tratamento de psicóticos. (DIAS, 2003, p.162)

O Manual de Gestação de Risco (Brasil, 2000, p.15) chama atenção para a antecipação do parto, evento frequente no atendimento   gestação de alto risco. Considera, como um dilema vivido atualmente pelo obstetra, em relação ao feto: "morrer no útero ou morrer no berçário". Isso porque, são de sua inteira responsabilidade a indicação da via de parto e o acompanhamento do trabalho de parto.

Nesta pesquisa, todas as cesarianas foram impostas pelas condições clínicas fetais e/ou maternas. A 'antecipação' cirúrgica aconteceu com quinze das entrevistadas: Clara, Lúcia, Viviane, Maria, Ângela, Beatriz, Ana, Vitória, Mônica, Yasmine, Taís, Juliana, Ana Louise, Cláudia e Indira.

Ao serem examinadas, foi identificado sofrimento fetal e as mulheres foram informadas da indicação da cesárea. Como exemplo os relatos a seguir:

Fiz esse exame, e a médica me mandou imediatamente para cá, para o hospital. Quando eu cheguei aqui, eles disseram que eu tinha que operar porque a crianç a estava entrando em sofrimento. (Ângela)

Fizeram um exame l  de batimento cardíaco, e não estava batendo o da crianç a. E me mandaram fazer cesárea. E eu chorei muito, chorei muito. Eu soube disso de manhã e só fui ter ela de noite. Mas eu chorei muito, eu estava com medo... [silêncio] (Taís)

Aí foi feita uma cesárea porque eu estava com risco de infecção. (Juliana)

As que haviam tido filhos anteriormente por parto normal, compararam sua vivência com a cesariana, como na fala de Yasmine:

Mas quando eu soube que iam interromper a gravidez eu fiquei assustada. Foi um susto. Eu nunca tinha feito cesárea né, foi um susto. (...) Porque parto normal geralmente a gente tem o neném, eu pelo menos sou assim, eu tive os meus três filhos assim: nasceram eu já saí dali. Fiquei umas 3 horas, já saí, tomei o meu banho e botei a minha cinta e já estou disposta. Já chega em casa com aquela disposição. Já a cesárea não é assim, né? Foi horrível, eu achei horrível. (Yasmine)

Houve dois casos de descolamento prematuro da placenta, sendo que Vitória foi submetida à cesariana com urgência para salvar a vida do bebê.

Foi cesárea. Aí fizeram aquele parto às pressas, aquele corre corre. Não me deixaram avisar em casa nem nada. Vamos ver o que vai acontecer e tal. Mas, aí foi assim, por isso que ela teve que ser tirada às pressas mesmo. (Vitória)

Já Ana ficou hospitalizada para estabilizar suas condições clínicas, mas acompanhando o bem-estar fetal, até que se fez premente a indicação da cesariana.

Aí, eu fiquei internada, e ele nasceu na outra semana. Eu tive descolamento da placenta. (Ana)

A conduta obstétrica no descolamento prematuro da placenta é sempre a resolução do parto. Como nos casos de Vitória e Ana, com fetos vivos, a indicação deve ser sempre a cesárea, o parto vaginal só seria admitido se fosse iminente (BRASIL, 2000, p.40).

Porque como do outro eu não passei nada disso, por mim eu ia engravidar, ia ser igual, ia ser normal. O outro nasceu tão rápido que não cheguei nem ir pra sala de parto. No pré-parto, eu estava na cama, começou o parto. Aí eu esperava que fosse tudo rápido igual ao primeiro. Eu achei essa experiência muito triste. (Ana)

Assim como Ana, as entrevistadas Indira e Taís planejavam um parto normal, porém tiveram de enfrentar, além da 'antecipação' da prematuridade, a intervenção cesariana:

E aí eu tive que fazer uma cesárea às pressas. Aí eu me desesperei porque para mim eu ia até o final fazer parto normal. Eu queria fazer parto normal, parto normal. E eu me desesperei porque eu nunca tinha feito cirurgia nenhuma, estava em um hospital que eu não conhecia ninguém, sem líquido e sabendo que a minha filha estava sofrendo já. A placenta estava começando a ficar sem oxigênio. Eu sozinha e tendo que fazer uma cesárea. (Indira)

Eu sempre falei que eu queria normal, eu nunca queira cesárea. E já de cara veio uma cesariana e desse jeito complicada. (Taís)

O parto prematuro por via vaginal, descrevo desta forma porque, na visão winnicottiana, o parto normal acontece quando mãe e feto estão prontos tanto do ponto de vista psicológico como fisiológico, alcançado no termo, foi vivenciado por 7 entrevistadas: Angélica, Socorro, Andréia, Natália, Carina, Isabela e Denise.

Isabela relatou sua vivência de parto por via vaginal melhor do que sua expectativa, baseada no que ouvira no seu meio cultural:

E depois o parto foi tranquilo, eu achei que ia ser o fim do mundo, que falavam né. Mas, eu não achei nada disso, Foi parto normal. O atendimento foi ótimo, as dores foram horríveis, né [risos], eu nunca tinha sentido essas dores. Mas, deu pra aguentar... (...) Aí eu achei que iam ter que tirar, né. Aí, não, foi tranquilo, nasceu normal, senti as dores e tudo. (Isabela)

O parto de Socorro, de gemelares, foi tão rápido que não houve tempo de qualquer intervenção médica medicamentosa ou cirúrgica.

Tive parto normal, não fui nem cortada nem nada. (Socorro)

A presença do acompanhante, de suporte à parturiente tem efeitos benéficos, mais associados aos resultados maternos. Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005, p.1323) destacam a redução da taxa de cesariana, seguida pela redução do uso de ocitocina, duração do trabalho de parto, analgesia/medicamentos para alívio da dor e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento.

A parturiente percebe a presença do acompanhante como de grande ajuda, especialmente relacionada ao apoio emocional e conforto físico. Dentre as atividades realizadas pelo acompanhante, Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005, p.1318) relacionam: permanecer ao lado da parturiente, segurando sua mão, realizar massagens, auxiliar no banho e na deambulação, e encorajar no período expulsivo. As atividades de suporte variam de acordo com as necessidades, desejos e cultura da mulher.

Apesar do sancionamento da Lei Federal nº 11.108/2005, em que os serviços de saúde do SUS são obrigados a permitir a presença do acompanhante, indicado pela parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). A maioria das mulheres ainda não possui um acompanhante para lhe dar apoio durante todo o processo do nascimento.

Dentre as depoentes deste estudo que vivenciaram a parturição com um acompanhante referiram a sua mãe ou o seu marido.

A História de Vida de Denise demonstrou a importância da presença da sua mãe acompanhando o seu parto. Ela que teve um neomorto anteriormente, recebeu o apoio materno durante o trabalho de parto. Sua mãe foi quem identificou o período expulsivo e chamou a equipe médica para aparar o seu neto na cama do pré-parto.

A minha mãe falava comigo: ‘Faz força, não grita, não faz nada pra você não perder’. Que primeiro filho, já tinha tido um mas, a gente sempre né... (...) Ele nasceu ali mesmo na cama em que eu estava, não foi nem pra sala preparada, não fui. Foi muito rápido, uma coisa muito rápida. (...) Porque conforme ele nasceu acho que rasgou um pouco, aí me levaram para uma outra sala pra poder costurar. (...) E ela [sua mãe] conta pra todo mundo que foi ela que viu nascendo, foi ela que chamou os médicos quando ele vinha coroando. Ela que chamou os médicos pra poder dizer que o neném estava nascendo e veio aquela equipe em cima de mim. Tanto que quando ele faz má-criação pra ela, ela fala ‘eu vi você nascendo primeiro do que sua mãe!’ [risos] (Denise)

A adolescente Natália também foi acompanhada por sua mãe, narrou sua dor no processo de parturição e, também, por temer a morte de seu filho:

Quando eu comecei a passar mal em casa, aí veio ela [mãe], meu pai e meu namorado, aí eles foi embora e ela ficou comigo.(Natália)

Tanto Denise como Natália tiveram o direito de escolher quem as acompanharia, uma mulher, a sua própria mãe. No momento em que se tornaram mães, ao mesmo tempo eram filhas, cuidadas e amparadas para conseguir transitar de um *status* para outro e assumir um novo papel tanto psicológico quanto social.

Branco *et al* (2009, p.12) ressaltam que, quando a gestante não escolhe o pai como acompanhante, deve ter seu desejo respeitado, já que o direito do pai participar deve ser fruto de um acordo entre o casal.

A entrada dos pais no ambiente do parto demanda uma mudança de concepções de gênero, de parto e de família por parte dos profissionais. Esta reflexão é essencial para que a equipe possa respeitar a escolha do acompanhante feita pela gestante (BRANCO *et al*,2009, p.10). O marido de Isabela foi seu acompanhante e juntos se emocionaram no nascimento do seu filho.

O meu marido estava comigo, ele ficou muito nervoso [fala muito baixo]. (Isabela)

Quando a família é formada apenas pelo casal, o pai costuma ser a única ou principal referência emocional e social da gestante. Branco *et al* (2009, p. 10) afirmam que quando bem informado e preparado, dá segurança emocional à mulher, trazendo benefícios à sua saúde e à do bebê. Envolvido, poderá se comprometer com os cuidados com a família.

As autoras (Branco *et al*, 2009, p.11) também destacam que a preparação dos pais para a participação no trabalho de parto e no parto é importante, mas não obrigatória, pois mesmo pais que não passaram por nenhum treinamento apoiaram a gestante adequadamente.

O direito do casal, Maria e seu esposo, de ter um acompanhante durante o processo de parturição foi respeitado em parte. Maria concebeu gemelares e abortou um feto com dois meses e meio de gravidez, foi uma gestante de risco, e a indicação de cesárea foi após a sua estabilização clínica. A filha nasceu prematura com 32 semanas de idade gestacional. O marido acompanhou Maria no pré-parto, porém quando ela foi transferida, não pôde entrar no centro cirúrgico na realização da cesárea. Ele ficou na porta do centro obstétrico aguardando notícias e, infelizmente, foi desprezado por uma pessoa da equipe de enfermagem.

Me senti só, mas eu não me senti tão sozinha assim porque graças a Deus meu marido estava comigo, o todo tempo ele estava comigo, na hora do parto. Ele só não viu nascer. Ele ficou do lado de fora. Ele ficou com raiva de uma enfermeira porque ele pediu a ela para saber se eu já tinha ganho tudo e ela disse que ia lá olhar. E quando ele viu ela saiu pela outra porta e foi embora. Ele ficou com vontade de ir atrás dela e dar um soco porque ela fez isso com ele. Ele ficou esperando a resposta e ela saiu.

Porém, o marido de Maria insistiu com outra funcionária da Enfermagem, enviou um recado à esposa e teve êxito. Maria relatou seu alívio e conforto por ter certeza que ele a estava esperando.

Mas ele pediu para outra enfermeira falar para mim, na hora do parto. (...) E chegou uma enfermeira lá e falou assim: olha o seu marido está lá fora e falou que te ama e está te esperando... Quer dizer, aquilo me deu um alívio porque eu vi que não estava sozinha. Eu estava me sentindo só. Mas quando ela falou que ele estava ali perto... Poxa! (Maria)

A análise da diferença de atitude entre as duas profissionais da enfermagem frente à solicitação deste marido que pede informações sobre a esposa: uma ignora seu pedido, porém a outra além de atendê-lo, consegue confortar Maria, nos leva a uma reflexão sobre o que é cuidado. Ao dar o recado do esposo à parturiente, 'olha o seu marido está lá

fora e falou que te ama e está te esperando', foi um ato simples, mas demonstrou respeito àquela família.

O cuidado é mais do que fazer ou realizar tarefas de ação física. O cuidado tem significados culturais e simbólicos, tais como proteção, respeito e presença. O cuidado refere-se tanto a um fenômeno abstrato e/ou concreto. Leininger definiu cuidado como experiências ou idéias assistenciais, de apoio e capazes, dirigidas a outros com necessidades evidentes ou antecipadas, para melhorar uma condição humana ou modo de vida (LEININGER e MCFARLAND, 2006, p.12).

Há muito que evoluir para cumprir o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), que se fundamenta nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais (BRASIL, 2002, p.5):

1º) A convicção que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher e seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam o tradicional isolamento imposto à mulher.

2º) A adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

O PHPN está estruturado nos seguintes princípios:

- toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério.
- toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto.
- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada

e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2002, p.6)

Há também que se trabalhar o preconceito sobre a masculinidade, frente aos benefícios da inserção dos homens no mundo dos cuidados. Branco *et al* (2009, p.12) afirmam que, durante o trabalho de parto, o pai precisa ser acolhido pela equipe, pois está vivendo um momento importante na sua história de paternidade. Não cabem mais argumentos como: “o pai tem medo de assistir ao parto”; “há sofrimento fetal, pode nascer morto, o familiar não está preparado para isso”; “a prioridade de atendimento é a gestante e o feto, o acompanhante vai desmaiar”; e “não temos roupa cirúrgica para o acompanhante”.

Esse acompanhante precisa ser visto como alguém que está vivenciando um momento especial, logo também precisa ser acolhido no contexto assistencial em que estiver inserido. Para Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005, p.1325), isto produzirá um sentimento de confiança e reconhecimento do seu papel, que refletirá positivamente no desenvolvimento de suas atividades de conforto físico e emocional.

Há a necessidade urgente de a equipe de saúde refletir e cumprir a Lei Federal nº 11.108/2005 que assegura o direito da mulher em ter um acompanhante. Considerado pela maioria dos profissionais como um “problema”, pode se transformar numa oportunidade para que o serviço também se beneficie. Os profissionais possuem uma rejeição inicial, que pode ser atribuída ao preconceito e medo de se sentirem ameaçados e questionados sobre a conduta profissional. No entanto, Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005, p.1325), afirmam que, após terem a experiência de prestar assistência com acompanhante presente, passam a considerá-la positiva.

Porém, a presença do acompanhante, mesmo que escolhido pela mulher, por si só não pode ser considerado como sinônimo de suporte. Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005, p.1317) recomendam dar a ele

condições e apoio para realizar essa atividade. O suporte no trabalho de parto consiste na presença de uma pessoa que oferece conselhos, medidas de conforto físico e emocional, e outras formas de ajuda para a parturiente durante o trabalho de parto e parto.

Klaus e Kennel (1992, p.113) insistem que “nenhuma mulher jamais deve passar pelo trabalho de parto ou dar à luz sozinha — sem uma companhia protetora”. Os autores destacam que apesar de ser uma característica universal do nascimento de seres humanos até o século XX, e apresentar resultados clínicos positivos (período de parto mais curto, problemas perinatais diminuídos, e interação afetiva mãe-filho aumentada na primeira hora), o acompanhante por não se ajustar ao modelo médico de atendimento pode ser visto como não-científico e menos importante do que as intervenções médicas e que, portanto, não seja proporcionada a todas as mulheres em todos os hospitais.

As entrevistadas vivenciaram o parto prematuro, medicalizado e institucionalizado, mas também um rito de passagem. Apesar de toda a moderna tecnologia, que tratou o nascimento como um evento biológico, uma importante transição ocorreu, do status social de mulher para o de mãe. Porém, essas mulheres trilharam os caminhos da UTIN para vivenciar a maternagem de seu filho, o que será discutido a seguir.

2. O Cuidado Materno ao Pré-Termo da Unidade Neonatal ao lar e a Existência Humana.

A História de Vida das entrevistadas evidenciou a vivência de um evento de transição, um rito de passagem (GENNEP, 1978; HELMAN, 2009). A mulher, esposa, transitou para o status de mãe; o homem, marido, para o de pai. A partir do nascimento ou da adoção da criança, tornaram-se um casal com filho(s), transformaram-se em pais. E toda a família, por conseguinte, assumiu um novo papel, tornaram-se avós, irmãos, tios, primos...

Contudo, essa transição social teve características diferenciadas, pois aconteceu de forma prematura, e o bebê teve de ficar hospitalizado. O processo da maternagem entre a mãe e seu filho, que, nos dias atuais com a hospitalização dos partos, iniciaria no Alojamento Conjunto e logo continuaria no contexto familiar, teve início no ambiente da Unidade Neonatal.

Para exercer a maternagem suficientemente boa, as mulheres superaram diversos percalços. Desde as implicações clínicas sofridas por elas ou seus filhos, até os aspectos psicológicos, culturais e sociais, tanto na Unidade Neonatal como após a alta, pois o bebê pré-termo precisou de um cuidado materno diferenciado também em casa.

Ao considerar o nascimento como um rito de passagem, a etapa de transição tem destaque na primeira subcategoria analítica ao abordar a experiência vivenciada da maternagem na Unidade Neonatal. Ao passo que a etapa de incorporação da recém-mãe e do seu bebê no lar é discutida na segunda subcategoria.

2.3 A experiência vivenciada da maternagem do filho pré-termo hospitalizado na Unidade Neonatal

Ao considerar o nascimento como um rito de passagem (Gennep, 1978; Taylor, 2008; e Helman, 2009), o parto prematuro impõe a cada membro da família (o recém-nascido, a mãe e o pai) um período prolongado da etapa de transição, até que possam ser incorporados à vida social (TAYLOR, 2008, p.60).

No hospital, o nascimento como evento biológico é medicalizado. Nesse modelo tecnológico do parto, a separação conceitual da mãe e do bebê é básica. Helman (2009, p.155) descreve que: o bebê é tirado da mãe e entregue à enfermeira, que o inspeciona, testa, limpa, põe fraldas, veste administra uma injeção de vitamina K e um colírio antibiótico. Então tendo sido “apropriadamente aculturado” ou “batizado” pelo mundo da tecnologia, é apresentado à sua mãe, por um curto período de tempo e colocado em uma incubadora plástica para observação. Para Davis-Floyd *apud* Helman (2009, p.156), “o útero da mãe é substituído não pelos seus braços, mas pelo útero de plástico da cultura”.

Então, ao refletir sobre o nascimento prematuro, a separação é intensificada com o encaminhamento do recém-nascido para a Unidade Neonatal. E, por um período, o útero materno será substituído pela incubadora, as mãos da mãe pelas da enfermagem, o acalanto pelos alarmes dos monitores. Um longo caminho deverá ser percorrido até que mãe e bebê pré-termo possam estar definitivamente juntos, no ambiente familiar.

Nas Histórias de Vida deste estudo, vinte e duas mulheres tiveram partos prematuros, ocorreu uma separação antecipada entre o corpo da mãe e do bebê. Enquanto ele seguiu para a Unidade Neonatal, ela foi encaminhada para se recuperar em outro setor: para o Alojamento Conjunto, ou para a Recuperação Pós-Anestésica (RPA), ou para a UTI.

O depoimento de Clara ilustra a separação imposta pela necessidade de intervenção no filho pré-termo.

Aí, justamente quando meu filho nasce... Esperei esse tempo todo na minha barriga, aquela ansiedade. Quando meu filho nasce, ele tem que ir pra lá e eu ficar aqui! É uma coisa meio estranha. (Clara)

Socorro teve uma gestação de gemelares e sonhava em ficar com suas filhas após o parto, porém a separação foi imposta pelas graves condições decorrentes da prematuridade, o que gerou frustração e sofrimento.

Mas, quando eu tive ela, eu pensei que eu ia ficar com as duas garotas logo lá na cama, né? O mais difícil foi isso, quando eu voltei pro quarto, cadê as crianças? Aí a menina falou: Não, as suas crianças estão internadas, elas não vão vir pra cá, pra mamar no teu peito, nem nada. Aí isso mexeu um pouco comigo. (Socorro)

Logo após o nascimento, o recém-nascido recebe assistência imediata, que embora sejam procedimentos universais e obrigatórios, de acordo com normas da OMS, os cuidados a serem prestados ao bebê devem ser desenvolvidos segundo a ética profissional, a filosofia da instituição e os princípios de humanização do nascimento. Assim, o incentivo precoce da formação do vínculo familiar deve ser uma atitude acima de qualquer norma ou rotina de atendimento (MONTICELLI e OLIVEIRA, 1999, p.63).

A possibilidade no momento do nascimento de olhar, tocar, sentir o bebê, ainda que por um pequeno lapso de tempo, segundo Guimarães e Monticelli (2007, p.629), permite aos pais sentirem-se pertencentes um ao outro, de identificarem-se, de (re)conhecerem-se e de transmitirem ao recém-nascido segurança e afeição.

Não existe qualquer razão concreta para justificar por que os bebês e as suas mães não comecem a conhecer-se imediatamente um ao outro, após o acontecimento natalício, se ambos estiverem bem (WINNICOTT, 2008a, p.20). Porém, como sofrem uma grande variação

em suas condições, mesmo no parto a termo, talvez decorram dois ou três dias, para que estejam aptos a gozar a companhia mútua.

Ainda existem hospitais que jamais permitem o contato precoce e prolongado, e as mães que perdem esta oportunidade frequentemente são aquelas que estão nos limites da adaptabilidade e que poderiam mais se beneficiar — as pobres, as solteiras, aquelas sem qualquer apoio, as mães adolescentes (KLAUS e KENNEL, 1992, p.76; KLAUS e FANAROFF, 1995, p.143).

No caso dos vinte e três bebês deste estudo, todos nasceram prematuramente e foram privados do contato precoce prolongado com suas mães, pois necessitavam de cuidados específicos na Unidade Neonatal.

Houve momentos de contato precoce ao nascimento, por um período curto de tempo. Como o que aconteceu com Cláudia e Denise, que puderam tocar seus filhos, vê-los por alguns momentos antes da separação.

(...) mas ela botou pra mim, depois que ela mediu. Eu não me esqueço da medida dele. Ela pegou e me mostrou. Depois ele foi pra UI. (Cláudia)

Aí, me puseram com ele, me mostraram. Ele muito pequenininho, muito pequenininho mesmo. Ele nasceu com 1.825g. Aí, levaram ele lá pra UTI e depois me levaram lá pra cima [Alojamento Conjunto]. Foi uma experiência pra mim, uma coisa muito linda que aconteceu na minha vida, entendeu? (Denise)

Logo após o nascimento, em situações em que não há necessidade de reanimação, está indicado colocar o recém-nascido junto à mãe. O contato precoce da mãe com seu filho é fundamental para o reforço do vínculo (Nader, 2004, p.18). Portanto, só devem ser levados diretamente ao local de reanimação neonatal os que necessitarem de algum suporte, como o que aconteceu com a bebê de Vitória.

Eu só soube pelo médico que quando ela nasceu, na sala mesmo acharam que ela não ia resistir. Ela já estava sabe... Teve que ficar reanimando, fazendo coisas, botando o

arzinho para ela. Até conseguir ligar, botar no tubo. E ela ficou, ficou. Dali mesmo, ela já foi para a UTI. Eu só fui ver no outro dia. (Vitória)

Isabela e Cláudia puderam ver o filho e, ao ouvir o seu choro, tiveram a certeza de que ele estava vivo, antes de ser encaminhado para a Unidade Neonatal.

Eu ouvi ele chorar, comecei a chorar. Eu fiquei nervosa, muito emocionada. Só vi assim rapidinho porque ele tinha que ir pra UTI. Ele era prematuro. (...) Aí eu chorei muito de nervoso. Queria ficar segurando, sentindo o cheiro dele. (Isabela)

Nossa! Quando eu escutei o meu filho chorando, eu falei assim 'é perfeito o meu filho'. Peguei ele, esse é o meu filho, chorão! — Você conseguiu pegar ele no colo? Não consegui, mas ela botou pra mim, depois que ela mediu. Eu não me esqueço da medida dele. Ela pegou me mostrou. Depois ele foi pra UI. (Cláudia)

Para contribuir para a formação de laços afetivos duradouros, o Ministério da Saúde recomenda facilitar os contatos iniciais dos pais com seu bebê. Se possível, a mãe deve ver e tocar seu bebê ainda na sala de parto, antes que ele seja levado para a UTIN (BRASIL, 2009, p.48).

A filha de Maria foi apenas mostrada, ficando a incerteza se havia sobrevivido.

Mas, eu quero saber se ela está viva, porque eu nem olhei para ela [a filha]. Logo me levaram ela. Mal eu olhei para ela, porque eles mostraram assim e levaram logo. (Maria)

O filho de Ana também foi apenas mostrado, a pediatra lhe informou que ele tinha dificuldade para respirar, mas que logo iriam ficar juntos. Porém, o desconforto respiratório do recém-nascido agravou. Ele foi entubado e, posteriormente, foi diagnosticada a persistência do canal arterial. Só que Ana, no Alojamento Conjunto, sem condições de ir à Unidade Neonatal, não sabia o que estava acontecendo com seu filho e o temor da morte lhe assombrava.

Eu me senti mãe desde o momento em que eu tive ele. Quando ele nasceu e a enfermeira foi e me trouxe para vê-

lo. Só que a pediatra disse que ele tinha dificuldade para respirar, tinha que levar. Quando ela me mostrou já, já. Lá na hora, não fala nada. A gente não sabe e não esperava que ia passar isso tudo. Pensei que dali, a pediatra fosse levar só ele pra respirar, pra ajudar e depois eu já ia ficar com ele. Mas ela me botou lá [Alojamento Conjunto]. Não levou, não me explicou nada. Aí dali começou um pouco de sofrimento né, porque sem saber nada, sem saber... Ficava pensando só que tinha acontecido alguma coisa. Acho que o meu filho morreu e eles não querem falar. (Ana)

O Ministério da Saúde ressalta a importância que a mãe receba explicações sobre o bebê e para onde ele será levado; sobre os cuidados que ele receberá; e sobre seu direito de ir vê-lo logo que ela se sinta em condições (BRASIL, 2009, p.48).

Devido ao seu estado clínico, Beatriz, no momento do nascimento, não estava consciente, sequer olhou o bebê:

Assim, é que eu não cheguei a ver ele no parto, que eu tava meia tonta, foi cesariana. A pediatra levou ele. Aí eu só pude ver no dia seguinte. (Beatriz)

Mônica e Viviane, devido ao seu estado gravíssimo, decorrente da eclâmpsia, foram encaminhadas para a UTI e relataram não estarem conscientes no momento do nascimento.

Eu nem sabia que eu tinha ganhado ele... [silêncio] (...) Ah, quando eu olhei pra minha barriga, eu vi cheia de ponto. Fez cesárea. Fiquei querendo ver ele, só que eu também fiquei internada. (Viviane)

Eu já tinha saído do risco maior, aí me deixaram aqui. Mas depois do parto eu tive uma crise. Tipo assim, de você não reconhecer ninguém, não saber quem era, entendeu? Depois, eu acordei. (...) Eu só fui ver ela no dia 28 de janeiro, ela nasceu no dia 26 e eu só fui ver ela no dia 28. (Mônica)

Se a saúde da mãe ou do bebê impossibilita o contato precoce, então a equipe de saúde deve ajudar as mães, posteriormente ao nascimento, com apoio e conforto, a tomar consciência de que podem se tornar completamente vinculadas a seus bebês, como se tivessem tido a

experiência normal de apego, embora isto possa exigir mais tempo e esforço. “O ser humano é altamente adaptável, e existem muitos atalhos seguros para a formação do apego” (KLAUS e KENNEL, 1992, p.76).

Flávia trilhou um desses atalhos para conseguir a formação do apego com seu bebê. Ela o adotou ainda na Unidade Neonatal. A mãe biológica não quis se apegar ao filho, nunca o pegou no colo. Mas, ao seu modo, não o abandonou a própria sorte. Ela escolheu Flávia, levou-a ao serviço social do hospital e comunicou o seu desejo de entregá-lo para adoção. A assistente social então providenciou para que o processo de adoção atendesse às exigências legais.

Flávia relatou a emoção de vê-lo pela primeira vez. A enfermeira do setor a ajudou a pegar o bebê no colo, a estabelecer seu primeiro contato com o filho.

A primeira vez foi assim, como eu estou te falando. Fui tirar ele da incubadora, a enfermeira deixou. Ela [a mãe biológica] nunca tinha pego, ‘eu não quero pegar’. Aí eu perguntei pra enfermeira se podia tirar ele, ela falou que podia, ela tirou um pouquinho pra eu segurar, aquilo bem miudinho! Foi uma coisa até assim, emocionante né! (...) . Aí vim de novo, vi os dias que eu podia vir vê-lo. Depois quando eu vim, ele já estava bem melhor. Assim, já estava fora daquela incubadora. Mas eu gostei assim daquele envolvimento. (Flávia)

Se um bebê não pode ser criado por seus pais biológicos, a melhor coisa seguinte para ele é ser adotado por uma família e criado como uma pessoa da família. Além disso, uma adoção legal dá a criança o sentimento de pertencer à família. A ideia de que um jovem ser humano pode ser criado numa instituição, mesmo uma boa instituição, e automaticamente se transformar num ser humano maduro, já foi refutada há muito tempo. A tendência interna para o desenvolvimento e o crescimento emocional muito complexo de cada bebê requer certas condições, e estas condições não podem ser expressas em termos de bons cuidados corporais. Uma criança precisa ser amada, e há razões para isso que podem ser colocadas claramente. O cuidado amoroso é

necessário para os processos inatos de crescimento emocional (WINNICOTT, 2008b, p.127).

No nascimento prematuro, e em especial numa gestação de risco, as condições físicas predominam sobre as psíquicas, porém não se justifica que as demandas emocionais da mãe e do bebê sejam negligenciadas.

Apesar de ser comum que, ao final do parto, a mãe queira ver o seu bebê, ter um contato pele-a-pele se possível, isso não é uma regra. Winnicott (1990) chama a atenção para o fato de que nem sempre o recém-nascido está pronto para ser estimulado por esse contato. Ele pode ter passado por um processo de nascimento difícil e talvez precise se recuperar desta experiência.

Essa observação também é válida para a mãe que, tendo passado por uma experiência de grande demanda de energia física, pode estar exausta e impossibilitada de manter o bebê junto ao corpo. Esta observação é um alerta para o risco de generalização de procedimentos, desconsiderando diferentes situações de parto e singularidades de cada mulher e seu bebê. Como a situação narrada por Maria:

Sabe, para falar a verdade, na primeira hora em que ela nasceu, eles me colocaram no quarto [RPA], me colocaram no quarto e eu não fiquei perto dela. (...) Mas eu estava dando graças a Deus dela não estar perto de mim, porque eu estava me sentindo tão mal, toda amarrada e sem poder me mexer. Tinha uma garota que estava perto de mim e o neném chorava pra caramba e ela sem poder se mexer também, com o peito na boca dele! Então graças a Deus que a minha não estava! (Maria)

Conhecimentos acerca dos aspectos psíquicos maternos e do neonato são importantes para os profissionais da área, pois podem evitar generalizações e inferências mecânicas, como no relato de Maria.

O risco que se corre ao salientar os possíveis ganhos que o contato precoce pode trazer para mãe e bebê reside na tendência que os profissionais de saúde têm de tomar as recomendações como indicações protocolares de procedimentos. É preciso que se compreenda, acima de

tudo, a importância ideal deste contato, sem que, contudo, deva ser *obrigatoriamente* iniciado na sala de parto. Esta aparente sutileza deve ser então grifada (Zveiter, 2003, p.68). Não se trata de um protocolo que insista cegamente em colocar o bebê para ser aquecido pela mãe, mas de oferecer a ela esta possibilidade, promovendo, deste modo, um ambiente seguro o bastante, até mesmo para que ela possa ser respeitada na sua impossibilidade de fazê-lo naquele momento.

Os fenômenos físicos têm uma continuidade em relação aos psíquicos. No caso de colocar o bebê no colo materno, esta continuidade está bem representada. Se o bebê e sua mãe precisam repousar e não devem ter mais estímulos, então não estão prontos para o contato pele-a-pele. Porém, se ambos estiverem bem do ponto de vista biológico e emocional, o contato é recomendado.

O protocolo de colocar o bebê no colo de sua mãe, o mais precocemente possível, pode promover, além dos benefícios físicos, a abertura para a comunicação mãe-bebê. Esta comunicação é tão fundamental para a sobrevivência do recém-nascido quanto os outros aspectos relativos aos fenômenos físicos. Mais uma vez, destaca-se que cada mãe e filho, sob os cuidados da equipe, são diferentes: cada mulher tem uma história, cada gravidez tem um porquê, cada bebê tem o seu potencial particular. Esta comunicação entre mãe e bebê se dá num momento singular para a vida de ambos.

O comentário de Curry, em Klaus e Kennel (1992, p.77), enfatiza que deveria ser uma escolha da mãe a quantidade de tempo dedicada ao seu bebê no hospital. Pois, para algumas mães vulneráveis, um atendimento que não transmita apoio e a constante presença de um recém-nascido exigente podem impedir e não facilitar o apego.

No nascimento prematuro, o contato precoce tem de ser adiado. Zornig *et al* (2004, p.139) observam que, mesmo o bebê pré-termo em boas condições clínicas ao nascer, e com adequado nível de maturidade, necessita de um certo período para alcançar auto-regulação e equilíbrio

em seus diferentes sistemas frente às exigências de processos fisiológicos como respirar, manter a temperatura e sugar.

O bebê necessita privilegiar a manutenção e bem-estar biológicos, em detrimento de um investimento de respostas a partir das estimulações afetivas e sociais enviadas por seu ambiente de cuidados — ou seja, a mãe (ZORNIG *et al*, 2004, p.140).

A experiência de ter um filho inaugura um momento importante na vida da mulher e do homem. Com o nascimento de um bebê, Winnicott (2006, p.47) destaca a transformação que se dá na atitude dos pais, pois “a criança poderia ter nascido morta, quando não monstruosa, mas aqui está o bebê, reconhecido por todos como um indivíduo”.

O dado mais importante é a grande segurança que a criança proporciona aos pais simplesmente por existir, como explica Winnicott (2005a, p.64): “é real e, como já disse, encarrega-se por certo tempo de neutralizar as fantasias e eliminar as expectativas de desastres”.

É esperado que a mulher queira conhecer o seu filho logo após o nascimento, é uma questão urgente. Isto não é apenas devido à ânsia de querer conhecê-lo, mas porque alimentava toda uma série de idéias sobre dar à luz algo horrível, algo muito diferente de um bebê são e perfeito. É como se os seres humanos achassem muito difícil acreditar serem bastante bons para criarem dentro deles alguma coisa boa e perfeita. Winnicott (2008a, p.25) duvidava que qualquer mãe acreditasse, realmente, completamente, em seu filho, nos primeiros momentos. O pai também participa nisso, pois sofre tanto quanto a mãe as dúvidas sobre ser ou não capaz de criar uma criança normal e saudável.

O nascimento de uma criança pré-termo provoca profundas alterações na dinâmica familiar. Baldini e Krebs (2000, p.242) têm observado que os pais de recém-nascidos graves entram num estágio de luto após o nascimento do filho, por não ser a criança saudável que esperavam. O luto pode ser tão intenso quanto aquele da morte real da criança.

Tendo em vista que todo nascimento é marcado por uma história singular que o antecede e atravessa, é preciso resgatar a trama do desejo. Moreira, Braga e Morsch (2003, p.59) afirmam que todos precisam de um tempo para lidar com a tristeza de se ter um filho que não pôde nascer do jeito que se queria. Alguns necessitam de menos tempo, outros de mais. O tempo é subjetivo, assim como a maneira de lidar com a dor. Alguns buscam ajuda procurando conversar. Outros enfrentam o sofrimento solitários e calados.

De acordo com Alves (2003, p.95), os pais e familiares passam por estágios diferenciados diante do pré-termo extremo, compatíveis com os apresentados por clientes e familiares frente a uma doença grave ou fatal, descritos por Klüber-Ross (2008) são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Klüber-Ross (2008) explica que os estágios têm duração variável e é comum a família vivenciar mais de um estágio ao mesmo tempo. Considera-se que os pais somente conseguirão assumir a criança à medida que aceitarem a perda das idealizações projetadas na gravidez.

O depoimento de Isabela ilustra a vivência desse processo: imaginar o futuro bebê durante a gravidez, o choque diante do bebê real, e, com o passar do tempo, a aceitação do filho:

Aí, quando eu vi ele, eu chorei muito, porque eu não imaginava como é que seria. Porque é a primeira gestação. Eu não sabia como é que ia ser o rosto... Eu ficava imaginando tudo. Eu não via a hora de ele nascer pra eu ver o rostinho dele. Eu fiquei superfeliz... [silêncio] Eu esperava ele maiorzinho. Como ele nasceu prematuro, fiquei meio assim, mas acabei me acostumando... [silêncio]
(Isabela)

Uma coisa importante a respeito da experiência da recém mãe, em seus contatos iniciais com o bebê, “é a tranquilidade que os profissionais lhe dão de que seu filho é normal (seja o que for que isso possa significar)” (WINNICOTT, 2008a, p.25).

No caso das mulheres entrevistadas com filho pré-termo, algumas se reconfortaram em saber que seu bebê não tinha doença associada, era apenas muito pequeno, como nos relatos de Ana Louise, Ângela e Yasmine a seguir:

Aí, ele nasceu com baixo peso, mas nasceu perfeito, já estava tudo formado. (...) Ele nasceu muito pequenininho. Ele nasceu com 39cm, nasceu com 1450g. Aí, a médica foi, conversou comigo, falou que ele estava bem de saúde, que era isso que importava. (Ana Louise)

A médica chegou para mim e falou: ‘Mãe a sua filha não tem nada, a única coisa que ela tem é porque ela nasceu sem peso, mas ela nem ficar no oxigênio ela não vai, ela só vai ficar no balãozinho’. (Ângela)

Com ele não teve problema nenhum não, o probleminha dele mesmo só foi o peso. (Yasmine)

Em todo nascimento, há o fim abrupto de fusão mãe-bebê, esse momento de transição é marcado pelo luto do bebê imaginário e adaptação ao bebê real. Porém no nascimento prematuro o bebê real é muito diferente do idealizado pela mãe. Indira descreveu sua percepção do bebê real:

Quando eu via a minha filha, que eu olhei, eu não imaginei que ela fosse tão pequena. Nunca imaginei que ela fosse tão pequenininha. Porque ela nasceu com 33 cm, e 870 gramas e, então, quando eu olhei aquele bebezinho tão com a cara miudinha, magrinha, a primeira coisa que passou na minha cabeça e, por mais fé que a gente tenha, foi que a minha filha não fosse resistir. Até então, eu não sabia o estado dela e se ela tinha algum problema ou não. Eu saí com as pernas bambas da UTI. (Indira)

Assim como Indira, outras mulheres diante do bebê real expressaram o medo de que o pré-termo não sobrevivesse, durante a entrevista, como por exemplo, no relato de Ângela a seguir:

Meu Deus ela é muito pequena! Só tinha cabeça, a mãozinha era só aquele fiapinho, os pezinhos, as costelinhas. A gente via a costelinha dela. Eu disse, meu Deus, será que se cria? (Ângela)

No relato de Flávia, mãe adotiva, observa-se também o processo de idealização do bebê, pois, ao ver o bebê pela primeira vez, também se espantou e temeu que não “vingasse”.

A primeira vez que eu vi, eu fiquei meio com medo. Eu falei: ‘Ah meu Deus, será que vai vingar, né?’ Muito miudinho. (...) Porque ele foi muito miudinho mesmo, era 1 quilinho e pouco mesmo, muito miudinho, muito miudinho mesmo. (Flávia)

O pai, ao entrar na UTIN pela primeira vez, sente igual atordoamento diante do seu o bebê real.

O pai quando viu pela primeira vez, quando entrou na UTI, foi um choque! (Juliana)

Além da mãe, o pai e a família imaginarem o bebê que está por vir, também se espantam diante do bebê real, o que pode influenciar a mãe. Ou seja, a família tanto pode apoiar a adaptação materna à realidade exemplificada na fala de Indira, como dificultar, como foi relatado por Maria.

Mas que ele [marido] olhou, ele falou assim: amor ela é comprida, ela tem aparência de criança saudável. Você vai ver, daqui a pouco ela está saindo. (Indira)

Ela [minha irmã] também falava: É muito feinha [riso], é muito magra [riso]. (Maria)

Maria foi a entrevistada que mais se deteve na questão da imagem do bebê pré-termo, mas em especial naquela que foi expressa pelos outros, o que também reflete a disparidade entre a imagem que ela elaborou e o bebê real. Ela descreveu a sua indignação diante do olhar das pessoas que julgam, comparam e rotulam os bebês:

Sabe uma coisa que eu achava errado? As pessoas que chegavam lá em cima olhando os bebês internados. (...) Eu achava errado também, por exemplo, assim na hora em que a visita ficava comparando um com o outro. Olha ela é tão bonitinha, poxa, mas a sua está parecendo um ratinho. Não podia chegar perto, mas sempre tem alguns que as próprias mães falam. (...) Quer dizer, eu achava isso errado, dizer que o bebê não é bonito, mesmo que seja. (Maria)

Em dois momentos, Maria relatou os encontros com o bebê real e a intervenção positiva do profissional de saúde. Primeiro, o encontro mãe-pai-bebê; em seguida, há o relato da visita dos avós ao neto.

Só que na vista dela nascer com 1.600, depois passou pra 1.400, ela não era tão feia assim, sabe. Ela não era muito cabeluda, só a perereca dela que era toda aberta. Até o meu marido perguntou a doutora se ia ficar assim, ela falou que não e que, com o tempo, ia fechar. (Maria)

Mas aí os avós da outra chegaram: ‘Aí, que menino feio, parece um rato, parece um macaco’. Então, eu olhava assim pras mães e sentia que elas ficavam tristes porque, poxa, a própria avó falar que o menino parece um macaco. A garotinha era bem cabeludazinha. Aí, depois que a avó saiu, a menina falou assim: ‘Viu a minha mãe chamou o meu filho de macaco, tudo bem que ele é cabeludo’. [risos] A enfermeira veio assim e disse: ‘Não, mãe o seu filho não vai ficar assim não. É porque toda criança prematura às vezes nasce com muito cabelo, mas depois cai. Não fica preocupada não’. (Maria)

A equipe de saúde é fundamental na apresentação do bebê real. O Ministério da Saúde (Brasil, 2009, p.48) sinaliza que é útil que os pais tenham um profissional da equipe de saúde que está assistindo o seu bebê a seu lado, dentro da UTI, para fornecer-lhes informações.

Porém, o detalhe mais impactante no relato de Maria foi a associação da imagem do bebê pré-termo com animais de forma depreciativa — macaco, morcego, sapo, rato — ouvido numa conversa da equipe de enfermagem:

Às vezes, eu ficava sentada, e as enfermeiras — eu ficava ouvindo — elas falavam de outras crianças da UTI. Tinha uma enfermeira da noite que falava assim: ‘Pôxa, nasceu um bebê hoje. Que bebê feio, parece um morcego. E aquele que parece um sapo, você viu que coisa horrível? Nossa, que criança feia, meu Deus do céu. Imagina os pais como são!’ Isso é o que falam de uma criança prematura! Muitas falam que a criança ainda vai se desenvolver, né. Uma comentando com a outra, falando mal dos bebês das mães. Isso aí eu acho errado. Falando mal do neném e perto de outra pessoa. Porque elas estão se comunicando mesmo. Não se pode chegar e falar. E aí, dizer que a criança parece

um rato, um macaco. Tem muita criança feinha mesmo, mas, mas também não é para dizer que é lindo, porque é mentira. Mas chegar e falar que o filho parece um macaco. [silêncio] (Maria)

O comentário inconveniente dos outros (familiares, outras mães acompanhantes, visitantes e de onde menos se esperava – da enfermagem) que rotula e ofende o bebê real, também agride a mãe. Fere profundamente o narcisismo (a imagem de espelho perfeita e ideal) materno e prejudica sobremaneira a aceitação do seu filho e, por conseguinte, a possibilidade da maternagem suficientemente boa.

A “violência das palavras”, utilizando a expressão descrita por Lacerda (2004, p.153), em determinados comunicados dos profissionais e no momento em que são faladas aos pais pode produzir efeitos importantes. A autora afirma que “o olhar da mãe é constituinte; mas como olhar para esse bebê, se ele aponta o buraco narcísico em que essa mulher caiu?” Ou seja, como essas mulheres vão conseguir maternar seus filhos, se eles são diferentes, estranhos e feios até na fala de quem é responsável pelo cuidado? Será que nenhuma dessas profissionais pôde perceber a violência das palavras? Que, ao rotular publicamente os bebês, ofendia suas mães e as afastavam ainda mais do bebê real?

Há de se ressaltar que, na maioria dos relatos das mulheres foi predominante uma visão positiva da equipe de saúde. Houve atitudes isoladas antiéticas, que não refletem o conjunto dos profissionais da Unidade Neonatal.

A “violência das palavras” é uma forma de violência institucional. Diante disso, urge pôr em prática o processo de humanização dos serviços proposto pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização de Hospitais e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançados em maio e junho de 2000. De acordo com Diniz (2005), a humanização é um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência

institucional. Para a autora, a humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos.

Dias (2004, p.19) que, em sua tese, trabalhou com crianças com malformação, pode ter o seu pensamento transportado para o pré-termo. A autora afirma que um dos papéis da enfermeira é ajudar o cliente no processo de aceitação, e uma das formas de favorecer essa aceitação é mostrar aos familiares e discutir com eles as possibilidades de recuperação da criança. Porém, isso somente será possível se o próprio profissional for capaz de aceitar a ambivalência de seus sentimentos, conscientizando-se do fato de que tem limitações e que também sofre com a situação. A autora destaca que o profissional tem que ser sincero consigo mesmo.

Ou seja, a equipe de saúde, em especial a de enfermagem, tem de aceitar os bebês reais que cuidam como são, diferentes também do seu próprio bebê idealizado. Somente partir dessa aceitação, pode-se respeitar e enxergar a beleza da sua frágil existência física, para então vislumbrar o vir-a-ser do bebê pré-termo e ajudar as mães a exercer a maternagem suficientemente boa.

Para exercer a maternagem, a mulher teve de (re)encontrar seu bebê que nasceu antecipadamente e precisou da Unidade Neonatal para sobreviver.

Quando a continuidade das relações maternas com seu próprio bebê é quebrada, algo se perde que não pode ser recuperado. Winnicott (2008a, p.99) revela ser uma incrível falta de compreensão do papel de mãe afastar o seu bebê por algumas semanas e depois devolvê-lo, esperando que a mãe continue justamente de onde foi afastada.

Prejudicam muito a formação do vínculo o despreparo da mãe (ambiente) na recepção do filho, relacionado com a aceitação dele, ou a dificuldade da família em lidar com a realidade apresentada com o

nascimento do bebê real, que não corresponde às expectativas do bebê idealizado.

Zornig *et al* (2004, p.139) pressupõem que a situação da prematuridade pode ser traumática para os pais e para o bebê pela descontinuidade temporal introduzida pelo parto antecipado (prematuro), que interrompe o processo de construção imaginário e confronta os pais com o real orgânico do bebê em uma situação — UTIN — em que a temporalidade é urgente, relacionada à sobrevivência do bebê e não à qualidade de seus cuidados.

A criança deixa a mãe prematuramente, agravando a dor ligada à separação que o parto impõe. Baldini e Krebs (2000, p. 243) aconselham a lembrar que o parto é prematuro tanto para a mãe quanto para a criança.

As primeiras experiências na UTIN, de acordo com Moreira, Braga e Morsch (2003, p.54), são difíceis para todos os pais, pois o nascimento deixa de ser um encontro entre os genitores e filhos para se transformar numa sucessão de desencontros.

Os bebês deste estudo, logo após o nascimento, foram encaminhados para a Unidade Neonatal. Vinte foram internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e somente três na Unidade Intermediária (UI). Seis mulheres relataram a vivência do método canguru.

Para facilitar o entendimento do leitor em acompanhar o desenrolar da História de Vida das depoentes, foi elaborado o Quadro VIII que sintetiza os setores da Unidade Neonatal onde o recém-nascido fora hospitalizado, o tipo de permanência materna junto ao bebê e maternagem ampliada (quem apoiou no âmbito familiar).

Quadro VIII: Setores que o recém-nascido ficara hospitalizado, tipo de permanência materna na Unidade Neonatal e apoio familiar e profissional

Idade Entrevistada	Setores da Unidade Neonatal	Tipo de permanência materna na UN	Maternagem ampliada
Clara - 15	UTI, UI	durante o dia na UTI, acompanhante na UI	marido
Angélica – 35	UTI, UI	durante o dia na UTI, acompanhante na UI	filha mais velha (20 anos)
Lúcia – 35	UTI, UI	acompanhou durante toda a internação	marido, mãe, família
Viviane – 20	UTI, UI	acompanhante na UI, porém (não dormia todos os dias)	irmã
Maria – 38	UTI, UI	durante o dia na UTI, acompanhante na UI	irmã (mora em outro estado), marido
Ângela – 31	UTI, UI	acompanhou durante todo a internação	marido
Socorro – 33	UTI, UI	durante o dia na UTI, acompanhante na UI	cunhada ficou no hospital, marido
Andréia – 33	UI	durante o dia na UI	sogra (‘favor’), marido (provedor), mãe (problema mental)
Natália – 16	UTI, UI	durante o dia na UTI e UI, dormia em casa	mãe (principal), companheiro
Beatriz – 17	UTI, UI	durante o dia na UTI, acompanhante na UI	mãe, marido, padrasto, irmãs, pai somente após o nascimento
Ana – 41	UTI, UI	durante o dia na UTI, acompanhante na UI	marido
Vitória – 34	UTI, UI, canguru	acompanhou durante toda a internação	marido
Carina – 17	UTI, UI	acompanhante na UI	mãe, pais, marido
Mônica – 33	UTI, UI	acompanhou durante toda a internação	tia
Yasmine – 42	UI, canguru	ficou no AC, acompanhou durante toda a internação	marido, filho mais velho, irmãos
Tafs – 21	UTI, UI	durante o dia na UTI, acompanhante na UI	marido, mãe, família telefonava
Juliana – 27	UTI, UI, canguru	durante o dia na UTI, acompanhante na UI	marido, sogra, sogro, pais
Ana Louise – 22	UTI, UI, canguru	acompanhou durante toda a internação	marido (foi demitido por faltar)
Cláudia – 28	UI, canguru	acompanhou durante toda a internação	marido
Isabela – 19	UTI, UI	acompanhou durante toda a internação	mãe, marido
Denise – 34	UTI, UI	acompanhou durante toda a internação	mãe
Flávia – 35	UTI, UI	visita na UI	filhas, marido e mãe quando vivos
Indira – 29	UTI, UI, canguru	visitava na UTI, acompanhou na UI	marido, mãe, tias

Fonte: Entrevista e prontuário dos 23 filhos das mulheres depoentes do estudo.

Nascer antecipadamente coloca o bebê num mundo diferente e estranho daquele conhecido até então — a UTIN, que é descrita por Baldini e Krebs (2000, p.242) como um local que oferece tecnologia avançada para o cuidado de crianças criticamente doentes, podendo causar grande impacto sobre as necessidades físicas e psicológicas dos pacientes, de suas famílias e da equipe que ali trabalha.

Nesse local onde o barulho, os alarmes e a luz dificultam a diferenciação entre dia e noite, várias pessoas trabalham 24 horas por dia. Períodos de sobrecarga sensorial se alternam ou interatuam com monotonia perceptiva e privação sensorial. Além disso, muitos procedimentos altamente invasivos devem ser realizados. A internação em UTIN costuma provocar muito medo, não apenas pelo ambiente físico desconhecido e gravidade dos casos, mas também porque a família perde o contato com o filho, que passa a “pertencer” a um corpo de médicos e enfermeiras.

Os pais, ao entrarem na UTIN pela primeira vez, experimentam, segundo Moreira, Braga e Morsch (2003, p.51), um misto de sensações, dentre as quais perplexidade e medo frente a uma realidade tão distante daquela idealizada inicialmente para o bebê. Mesmo aqueles pais que foram previamente informados sobre a necessidade de internação de seus filhos logo após o nascimento, mesmo aqueles que tiveram a oportunidade de conhecer a UTIN antes, experimentam um certo atordoamento, difícil de diminuir ainda nas primeiras visitas.

O pai, em geral, é o primeiro a entrar na Unidade Neonatal, a ter contato com o filho e a conversar com a equipe. Ele é quem será o arauto das primeiras informações para a sua mulher e o restante do grupo familiar. Isso, sem dúvida, o coloca num papel especial nesse momento (MOREIRA, BRAGA e MORSCH, 2003, p.54; BRASIL, 2009, p.116).

Neste estudo, a maioria dos pais foi quem viu primeiro o bebê e ajudou a mulher a superar as dificuldades físicas e emocionais para

conhecer o filho. Como nos relatos de Isabela, Indira e Ângela que esperaram seus maridos para ir à Unidade Neonatal.

Ele viu ele primeiro lá na UTI. Aí depois é que eu fui lá.
[silêncio] (Isabela)

No dia seguinte, eu ainda não tinha pernas para descer, para ver ela e ver tudo. E quando foi na quinta-feira de manhã, meu esposo veio e desci para vê-la. (Indira)

Quando foi no outro dia, eu esperei o meu marido chegar para ir lá ver. Quando a gente chegou lá, que eu vi mesmo. Eu disse: 'Não, não tem condições de levar para casa não'. (Ângela)

A mãe, após o parto, quando o bebê é levado para a UTI, vivencia momentos de vazio, solidão e medo. Sem o bebê, sem o companheiro e muitas vezes sem notícias, não é raro que pense que estejam lhe escondendo ou negando informações (BRASIL, 2009, p.117). Foi o que aconteceu com Ana. Após a cirurgia cesariana, foi encaminhada para o Alojamento Conjunto e ficou à espera de notícias do filho. Como ninguém falou nada, ela temeu por sua morte, mas não teve coragem de perguntar. Não conseguiu dormir à noite, ligou para o seu marido, para que ele fosse a UTIN saber notícias sobre o bebê.

Aí, quando eu tive ele, assim no começo, eu tive ele num dia, no outro não me davam notícias. Aí, eu fiquei muito nervosa. Nessa noite, eu até passei em claro aqui no hospital, passei em claro. Aí eu liguei pro meu esposo, ele foi lá pra saber notícias. Eu estava muito nervosa, acho que aconteceu alguma coisa, porque não falam nada. Aí, ele foi ver ele. (...) Aí, eu não podia ver. Eu fiquei fraca, não conseguia comer, não conseguia me alimentar, eu fiquei muito magra, e fraca. Não conseguia andar ainda, que eu estava fraca. Aí, ele veio e foi lá e foi levar notícia pra mim. (Ana)

Algumas mulheres hesitaram, no início, em se aproximar do bebê, com medo de ligar-se a ele e de vir a perdê-lo, em estreitar uma relação de afetividade. O papel desempenhado pelo pai foi fundamental na aproximação dos dois, como observado no depoimento de Maria.

E, depois, logo no começo, eu não queria pegar nela não. Eu olhava assim e achava ela muito pequenininha. Foi meu marido quem ajudou a pegar. Ele disse: ‘Pega que é sua filha, passa a mão nela’. Eu queria passar, mas tirava... Tipo assim, tenho medo de machucar, sei lá, sabe? Ele dizia “pode passar, pode passar ela é sua filha”. (Maria)

Já Ana Louise teve o apoio protetor do marido e de sua mãe. Eles viram o bebê logo após o nascimento. Diante da gravidade do seu quadro clínico, protegeram-na inicialmente para que pudesse se recuperar e, somente no dia seguinte, foram com ela ver o bebê.

Assim, a minha mãe e o meu marido viram primeiro. Ele desceu e ficou na UTI, estava cheio de tubo, cheio de coisa. Elas falaram que era só praxe mesmo. Aí eles não deixaram eu ver no primeiro dia. Aí eu só fui ver no outro dia. Nossa! Eu fiquei horrorizada! Que ele estava com capacete, ele estava com tubo, estava com aparelhinho de pressão. (Ana Louise)

Beatriz, no primeiro contato com seu filho, deparou-se com a impossibilidade de pegar no colo, acariciar, maternar. Mãe e bebê descompensaram nessa primeira aproximação. Ele, clinicamente e ela, emocionalmente. Tanto que precisou ser retirada da UTIN por sua mãe e pela equipe de enfermagem.

Eu sofri muito, porque quando fui botar a mãozinha nele, ele começou a chorar. Ele não tinha forças pra chorar, fez um buraco enorme aqui assim no peitinho. Foi horrível por causa de ponto ainda. Minha mãe teve que me tirar, as enfermeiras tiveram que tirar de lá de dentro, porque eu queria pegar ele pra ver se ele parava de chorar. Só podia mexer, não podia pegar. Aí, foi horrível, porque eu queria pegar para ver se ele parava de chorar, que ele tava chorando muito. Pelo fato da minha mão estar fria, que tem que lavar a mão, todo um processo. (Beatriz)

Duas mulheres nesse estudo relataram uma vivência muito significativa de reconhecerem seus filhos na UTIN, mesmo os tendo visto por alguns minutos no momento do nascimento. Maria foi conhecer a filha com o marido, e Beatriz com sua mãe. Para a surpresa dos seus acompanhantes, elas identificaram quem era o seu bebê.

Eu olhei só um pouquinho, mas só de olhar eu vi que não era ela! E foi muito rápido quando eles me mostraram e retiraram [no momento do nascimento], que eu olhei e senti que não era ela, que não era a minha filha. Aí ele disse é sim! Não é minha filha, olha só, não é não! Foi quando ele olhou para cima e tinha o nome da outra garota, aí ele gritou: Enfermeira cadê a minha filha que estava aqui! Aí a enfermeira: ‘Que isso moço não pode gritar aqui não, está pensando o quê?’ Aí ele disse: ‘Desculpa, desculpa. Eu quero saber onde está a minha filha. Ela estava aqui e não está mais!’ ‘Não, ela foi transferida para a UI.’ Em uma parte eu até gostei porque eu reconheci que não era ela que estava ali né? (Maria)

Quando eu desci, a minha mãe ainda fez essa brincadeira, comentou comigo, ‘vê se você acha o seu filho aí’. Eu fui na incubadora certinha onde ele tava. Falei: ‘Esse aqui é meu filho!’ Minha mãe ‘você tem certeza?’ Tenho! E fui brincando. A minha mãe: ‘E se não for?’ Eu falei que eu sei que é! ‘Mas você nem viu!’ Mas esse é o meu filho! E era o meu pequeno. (Beatriz)

Quatro entrevistadas (Mônica, Ângela, Denise e Andréia) vivenciaram anteriormente o nascimento de filhos pré-termo, e ao repetir a experiência, expressaram significados diferentes.

Mônica, nas duas gestações, sofreu com eclâmpsia e suas filhas nasceram prematuras. Relatou com tristeza o momento em que foi conhecer sua segunda filha ao novamente entrar na UTIN:

Eu cheguei, né... A pior tristeza é pela segunda vez ,que você chega dentro da UTI. Você vê uma porção de neném, Aí perguntam se você sabe qual é o seu neném. Dentro do setor, você procura. Não vi nada. Eu não sabia nem como era a cara! A pediatra: ‘Mãe, você não viu nem no nascimento?’ ‘Não, eu não vi, não sei.’ ‘Ah, eu vou te mostrar’. Aí, pegou e me levou. Eu falei: ‘Tem certeza que é essa aqui?’ [risos] Muito miudinha e com o cabelo todo arrepiado. Ela disse: ‘É essa aqui mãe!’ (Mônica)

Ângela e Denise tiveram anteriormente gestações com resolução prematura, sendo que seus filhos não sobreviveram. Então, para elas, estar na UTIN significou uma vitória, pois seus filhos conseguiram atendimento adequado e estavam vivos:

Eu tive três filhos com ela. A primeira nasceu, mas com um mês e dez dias faleceu porque nasceu prematura também porque onde eu morava não tinha recurso para manter a criança numa UTI de recém-nascido. Lá não tinha no hospital. (Ângela)

Aí, perdi com 6 meses. Ele chegou a nascer com vida mas, eu perdi. (Denise)

Andréia, ex-usuária de drogas, vivenciou intercorrências em todos os seus partos. A princípio, disse ter engravidado três vezes, mas ao final da entrevista deixa 'escapar' que teve um filho anencéfalo. Então foram quatro gravidezes. Ela não contava a gestação do bebê com malformação.

Eu tive três filhos prematuros. A primeira, eu acho que foi porque quando ela nasceu eu usava muita droga, bebia muito, tava nas farras... Eu acho que por isso.(...) Aí ela nasceu prematura, nasceu com pneumonia, nasceu com pouco peso, foi em 98, menos de 1 quilo. Quase de 3 meses internada, pra poder ir pra casa. Meu outro filho também, eu já não usava mais droga, mas também nasceu de 8 meses, nasceu 24 de dezembro. Esse daqui eu também não sei porque nasceu de sete. (...) E uma eu perdi também, porque eu usava muita droga e nasceu anencéfalo, sem cérebro. Tem bastante tempo, tem anos. (Andréia)

Para a mãe ser o ambiente favorável do seu bebê, ela necessita de apoio, que é mais bem dado pelo pai da criança, por sua mãe, pela família e pelo ambiente social imediato. Winnicott (2007, p.81) ressalta que “isso é terrivelmente óbvio, mas apesar disso precisa ser dito”.

De acordo com Winnicott (2008a, p.27), o pai pode ajudar a criar um espaço em que a mãe circule a vontade. Adequadamente protegida pelo seu homem, à mãe é poupado o trabalho de ter de ocupar-se das coisas externas que acontecem à sua volta, numa época em que ela tanto precisa concentrar-se, quanto anseia por preocupar-se com o interior do círculo formado pelos seus próprios braços e no centro do qual está o bebê.

Então, conclui-se que a mãe só poderá exercer a preocupação materna primária se houver um pai suficientemente bom, ou alguém que ocupe essa função simbólica para a mãe.

Eu quero falar que teve duas pessoas que me ajudaram muito, o pai dele e a minha mãe. Os dois ficaram comigo aqui o tempo todo, de eu me internar até eu ir embora. Até mandado embora [foi demitido] o meu marido foi, por causa disso. E a minha mãe comigo demais (Ana Louise)

No início da vida de um filho, o pai geralmente está presente e, de alguma forma, passando pelas unidades de saúde, embora ainda invisível para a maioria dos serviços. O desafio é contribuir para que este homem se sinta valorizado como pai e tenha oportunidades de receber informações, trocar experiências, desenvolver habilidades de cuidado e formar vínculos significativos com os filhos (BRANCO *et al*, 2009, p.6).

A entrada do pai nas rotinas assistenciais precisa do apoio dos gestores para a mudança de concepções de gênero e de família, já que, anteriormente, a prioridade era das mães. É importante que a equipe perceba que a maioria dos pais deseja se envolver e é capaz de cuidar das crianças com competência, embora alguns não assumam seus filhos (Branco *et al*, 2009, p.7).

As diversas equipes de profissionais precisam estar sensibilizadas para a importância da presença do pai, reconhecendo o impacto benéfico do envolvimento paterno na saúde das crianças. Os princípios da universalidade e da integralidade das ações do SUS se fazem presentes nesse processo de atenção à família como um todo. Quando os profissionais valorizarem a paternidade, encontram caminhos para fazer as mudanças necessárias para a inclusão dos pais. O pai deixará de ser um mero espectador, e se tornará atuante e parceiro no cuidado com a família. É importante que o profissional realmente entenda e acredite que o pai é parceiro e cúmplice no cuidado com a família, e não ameaça, para que se envolva com esta causa. Sua atitude, ao ser capaz de se aproximar do pai e mantê-lo envolvido com o cuidar de sua família,

servirá como modelo inspirador para a sociedade valorizar a paternidade cuidadora. Incluir os homens implica numa revisão de histórias de vida, valores, saberes e práticas de profissionais e clientes. (BRANCO *et al*, 2009, p.7)

De acordo com Moreira, Braga e Morsch (2003, p.83), os avós têm lugar privilegiado por possuírem ligações estreitas tanto com seus filhos quanto com seus netos. Dispõem da possibilidade oferecer um duplo suporte: ao cuidarem de seus filhos também estão cuidando de seus netos e ao cuidarem destes, cuidam de seus pais.

As autoras (*op.cit.*, 2003, p.83-4) utilizam a expressão “maternagem ampliada” praticada pelos avós para com seus filhos e netos nesses períodos. Trata-se de um cuidado semelhante ao oferecido pelos pais do bebê, só que configurado como um abraço maior, envolvendo duas gerações. Conhecendo tanto a história do bebê quanto a dos pais, os avós podem identificar no recém-nascido gestos, expressões, comportamentos e semelhanças corporais que ajudam em seu reconhecimento apesar dos fios, aparelhos e alarmes.

Ela [mãe] sempre esteve comigo, na minha outra gravidez, nessa. Sempre esteve comigo, sempre, sempre mesmo. Quando eu venho aqui, ela sempre vem comigo. Ela sempre esteve presente comigo. Uma mãe que eu não posso reclamar de nada, sempre me atendeu. Que o meu marido trabalha, então ela está sempre comigo, graças a Deus! (Denise)

Neste aspecto, os avós possuem um lugar privilegiado. Em geral, são eles que se oferecem como rede de apoio para seus filhos, no que se refere a dar continuidade a suas atividades ou compromissos extra-hospitalares, no cuidado com o restante da família. Especialmente a avó materna sente-se solicitada a participar de forma mais intensa nesse processo (BRASIL, 2009, p.120).

Eu recebia visita da minha mãe e do meu marido. Ele ia lá quase todo dia, ficava comigo lá. Eu chorava todo dia, de nervoso de ficar lá dentro. Eu ficava ligando pra minha

mãe, pra ela vir ficar comigo, que eu me sentia muito sozinha... (Isabela)

A irmã de Viviane foi seu grande apoio, avisou de seu nascimento (ela teve eclâmpsia e ficou na UTI), visitava o sobrinho, levava notícias, buscou os dois no hospital quando de alta.

Quando eu saí do meu hospital, saí primeiro do que ele. Aí quando eu vim pegar ele, a mulher daqui perguntou se eu era a mãe dele. Aí, eu falei que era, ela pensou que era a minha irmã. Porque aqui, quando tá na incubadora, só pode visitar a mãe e o pai, né, avó e avô. A minha irmã enganou que era mãe dele [risos] pra pode ficar vindo visitar. Quando eu tive alta, aí eu comecei a vir ficar com ele. (...) Aí, foi indo. Aí, ele teve alta. Aí, eu fui e liguei pra minha irmã. Aí, minha irmã pegou nós dois. (Viviane)

Angélica, mãe de mais cinco filhos, teve a ajuda da sua filha mais velha para cuidar dos irmãos menores.

Meus filhos foram ótimos pra mim. Eu tenho uma filha de 20 anos que foi realmente maravilhosa. Foi legal demais. Porque eu não sai daqui do hospital. Ele ficou na UTI 15 dias. Eu ia pra casa, quando ele foi pra outra [unidade intermediária]. Eu não fui pra casa, fiquei direto. Quer dizer: ela foi superlegal, estudando, trabalhando, mas ficou com os irmãos dela. Meu marido também sempre me ajudou. Meus irmãos. (Angélica)

O acolhimento à família, no ambiente neonatal, implica também a facilitação para que outros familiares participem do processo de auxiliar nos cuidados tanto do bebê quanto de seus pais e irmãos durante esse período (BRASIL, 2009, p.120).

Na História de Vida das entrevistadas, as visitas de familiares, especialmente dos avós e, no caso de sua inexistência, de substitutos, representaram um grande conforto e apoio para as mulheres. Somente assim, as mulheres puderam, ainda durante a internação, gradualmente desenvolver caminhos para atingir o estado de preocupação materna primária.

No estado de preocupação materna primária, de acordo com Winnicott (2000), a mãe é capaz de identificar-se com o bebê, de

colocar-se no seu lugar e corresponder às suas necessidades. Essas necessidades são, no início da vida, corporais — alimentação, manutenção da temperatura, higiene, respiração. Depois, passam a ser necessidades do ego. Isto se dá através da possibilidade que o recém-nascido tem de fantasiar a partir das experiências físicas que são oferecidas pelo cuidado materno.

Todos os processos de uma criatura viva constituem um *vir-a-ser*, uma espécie de plano para a existência. De acordo com Winnicott (2007, p.82), a mãe que é capaz de se dedicar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o *vir-a-ser* (*going on being*) de seu bebê. Qualquer irritação, ou falha de adaptação, causa uma reação no lactente, e essa reação quebra esse *vir-a-ser*. Com uma relativa ausência de reações e irritações, as funções corporais da criança dão uma boa base para a construção de um ego corporal (unidade psicossomática). Deste modo, lançam-se as bases para a saúde mental futura.

A possibilidade que a mãe tem de se comunicar com o seu bebê, de exercer sua preocupação primária, depende da sua própria história de ter sido cuidada e ter vivido situações em que o cuidado com o outro foi importante. Portanto, não se deve supor que todas as mães estarão imediatamente aptas a ter seus bebês ao colo e iniciar uma comunicação com eles. Por outro lado, o caminho percorrido pelo recém-nascido, até o momento em que se inicia a comunicação com sua mãe, é bem diferente, e se constitui de sua carga genética, suas tendências inatas ao crescimento e desenvolvimento (WINNICOTT, 1994, p.199).

Segundo Winnicott (1994), a mãe pode ser considerada como o ambiente do bebê, um ambiente especializado. Este ambiente é facilitador do desenvolvimento do bebê por possuir três funções características: *holding*, *handling* e apresentação dos objetos.

Faz-se necessário que a mãe tenha apoio da família e também da equipe de saúde a fim de que ela possa desenvolver as funções de: possibilitar um desenvolvimento físico e psíquico de seu bebê (*holding*);

acolher suas emoções estabelecendo um contato corporal de modo a estimulá-lo e manejá-lo adequadamente (*handling*); apresentar-lhe o mundo como sendo um ambiente tão bom e protetor quanto a vida intra-uterina (apresentação dos objetos).

Para Winnicott (2000, p.404), o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida. Tudo isso é sentido como real pelo bebê, que se torna capaz de ter um eu.

Porém, Winnicott (2007, p.81) ressalta que “o ambiente não faz a criança, na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial”. Em outras palavras, a mãe e o pai iniciam um processo de desenvolvimento que resulta em existir um habitante no corpo da mãe, mais tarde em seus braços, e após no lar proporcionado pelos pais. Este habitante se tornará algo que está fora do controle de qualquer um.

Com a descrição dos vários aspectos do cuidado materno e da preocupação materna primária, pode-se passar uma falsa noção de que o amor da mãe pelo seu bebê é sempre incondicional (WINNICOTT, 2000, p.285-6).

Porém, o cuidado materno inclui a possibilidade de falhas, e isto também é importante. No ritmo do cuidado, existe um tempo, um intervalo entre a demanda do bebê e o atendimento da necessidade por parte da mãe. Neste pequeno espaço de tempo, o bebê pode exercer sua capacidade imaginativa. Estando a mãe adaptada às necessidades do bebê, estabelece uma “ilusão” (Winnicott, 2000, p.328) de que tudo o que está no mundo é o que ele pode imaginar. A maneira como o bebê passa a conceber os objetos é coincidente com o modo como os objetos podem ser criados por ele.

Este funcionamento especial, apresentado por Winnicott, vem sendo amplamente discutido no caso do nascimento antecipado. Não

chegar ao fim da gestação e experimentar um parto diferente do desejado impõem algumas modificações nas experiências psicoafetivas, especialmente da mulher.

Agman, Druon e Frichet (1999, p.27), pesquisadoras francesas, num livro publicado no Brasil, introduziram o conceito correlato ao de Winnicott — a "preocupação médico-primária" quando a mãe "ocupa uma função mais médica que maternal", o que é comum nas condutas maternas quando o recém-nascido encontra-se internado.

As autoras Moreira, Braga e Morsch (2003), Morsch e Braga (2007) discutem a preocupação médico-primária para a realidade brasileira, e posteriormente este conceito foi incluído na segunda edição do manual técnico do método canguru (BRASIL, 2009, p.43).

Sem poder usufruir os aspectos prazerosos como troca de olhares, proximidade física, diálogos tônicos e expressões faciais — os quais, indubitavelmente, estariam mais evidentes com o nascimento a termo — a mãe do bebê disposta em envolver-se com seu filho internado procura um caminho para se aproximar. Como indica a psicanalista Mathelin (1999, p.67), “como sentir-se mãe desse bebê que não dá sinal, que não mama no seio, que não olha, que não sendo em momento algum tranquilizante, não fabrica mãe?”

Então, a partir das informações que fazem parte de uma história que também é peculiar em função da hospitalização no início da vida, busca encontrar sinais de um bebê que aos poucos vai reconhecendo como seu, individualizando-o gradativamente (MORSCH e BRAGA, 2007). Portanto, a participação dos pais nos cuidados com o bebê e a comunicação da equipe para com eles trará um funcionamento mais tranquilo, pois eles estarão partilhando com a equipe tudo o que se refere ao seu filho, nesta situação (BRASIL, 2009, p.43).

A preocupação médico-primária é um rito de passagem que conduz à instalação da preocupação materno primária. Para Morsch e Braga (2007, p.624), trata-se de um recurso estratégico que permite a

díade mãe-bebê — auxiliados por parceiros como o pai, os avós, e a equipe de cuidados intensivos — contornar as vicissitudes próprias a quem tem que se constituir como sujeito em meio a um ambiente potencialmente traumático com o de uma UTIN.

A História da Vida de Vitória demonstra a vivência do estado de “preocupação médico-primária”. Ela busca através do prontuário entender o que se passa com a filha.

Sempre quando acontecia alguma coisa, eu era sempre de pegar o prontuário e ficar olhando, sabe? Mesmo eu não entendendo nada, se eu visse alguma coisa diferente do dia anterior, eu perguntava e eles [enfermeiros] sempre assim dispostos a me explicar. (Vitória)

Clara explica sem titubear as modalidades de oxigenioterapia administradas ao bebê, até que ele pudesse ficar em ar ambiente e fosse seguro ficar com ele no colo.

Eu ver o meu filho lá [UTI]. Eu não podia amamentar, tocar, segurar, porque ele tava entubado e não podia segurar. (...) Chegou lá, porque depois do tubo ele foi pro CPAP. Do CPAP, ele não foi pro hood, ele foi direto, entendeu? Ele melhorou rápido, assim ele não precisou ficar naquele capacete. Ficou respirando sozinho. (Clara)

Diante da impossibilidade imediata de proporcionar o *holding* (segurar), de maternar o seu filho, as mulheres tiveram de procurar um novo: entender o seu quadro clínico e apropriar-se da terminologia e da tecnologia da Unidade Neonatal. Como exemplificado por Natália e Taís.

Ah, eu fiquei desesperada porque ele era muito pequeno. Ele era cheio de aparelho, aparelho. Eu chorava pra caramba [silêncio]. Eu não queria colocar não a mão nele, ele era muito mole. (...) Mas eu não podia pegar ele não, porque ele era muito mole e ele estava com oxigênio, não dava para pegar não (Natália)

Mas, como eu estava te falando, na vez que eu vi, na primeira vez, eu não mexi não. Mas depois, a segunda vez que eu vi ela, eu mexi. Eu abri e tive coragem de mexer nela. Ela estava toda cheia de coisas e de aparelho e eu não queria mexer não. Eu deixava ela quietinha lá. (Taís)

Devido à imaturidade pulmonar do pré-termo, as mulheres aprendem a avaliar o padrão respiratório e interpretar os valores registrados no oxímetro, e passam a depender da tecnologia para se sentirem seguras com o bem-estar do bebê. Isso fica claro no depoimento de Socorro.

Houve dia de eu falar para as enfermeiras: ‘Arruma outro.’ Quando tirava aquele coisa que bota no pé que fica marcando os batimentos, sabe? Hum-hum [aceno afirmativamente com a cabeça]. Então, quando chegava uma criança pior, eles tiravam da minha e botava na deles, porque elas achavam que ela tava tranquila. Mas, como a mãe é sempre insegura, se acostuma com aquele bicho lá, toda hora lá medindo, você tá olhando, acha que tá tudo bem, né. Aí quando elas tiravam, eu ia lá e falava com a enfermeira: arruma outro negócio desses aí. A enfermeira até ria e olhou pra mim: ‘Tutá chorando por causa de um...’ esqueci como é o nome do negócio... Oxímetro. É! ‘Pois tu se acostumou com aquilo?’ Eu digo: Pois , é fazer o que né? Mas, tua filha está bem. Não, mas arruma porque eu vou dormir em casa, porque eu não posso dormir aí, eu vou ficar muito cansada. Aí, ela arrumou. (Socorro)

Se por um lado as mulheres viam seu bebê tão frágil e miudinho, por outro lado, elas o viam tão forte, verdadeiro guerreiro em sua luta para viver, o que lhes confortou e mobilizou suas forças para estar junto a ele, como o relato de Indira e Beatriz:

Ela foi uma menina muito guerreira assim, porque ele [médico] falou porque realmente ela estava ali lutando para viver (Indira)

Aí, com uma semana ele foi pra UI. Foi rápido. Ele tinha força de viver! Foi rápido. (Beatriz)

Há necessidade de apoiar as puérperas cujos filhos são encaminhados para a UTI neonatal, porque estas são obrigadas a percorrer caminhos que nada têm a ver com o imaginado ou trilhado por figuras familiares e próximas. Num primeiro momento, a forma de maternagem oferecida numa unidade intensiva lhe é muito estranha (BRAGA e MORSCH, 2004, p.556).

Ajudar a mulher a entender o que se passa com seu filho e a identificá-lo nessa história singular atenderá tanto as suas demandas quanto as do bebê.

Desta forma, corroboro com Guimarães e Monticelli (2007, p.629) que há uma necessidade das mulheres em adotar um “facilitador” que esteja inserido no ambiente neonatal como referência, para que possam obter informações sobre o bebê, de forma mais segura e direcionada, para solicitarem algo, tirem dúvidas e até mesmo serem ouvidas em seus desabafos.

Na História de Vida das mulheres com filho pré-termo, a equipe da Unidade Neonatal como um todo recebeu um destaque positivo como facilitador da interação mãe-filho, cada qual desempenhando o seu papel profissional procurando falar uma linguagem única — promover o vínculo mãe-bebê e empoderar a mulher para que ela pudesse exercer a maternagem suficientemente boa.

Mas no hospital não, foi tudo... As pessoas tratavam a gente bem, eu não tenho do que reclamar nesse sentido, não. E o tratavam também bem, cuidavam dele direito.
(Ana)

E assim, desde o momento em que ela entrou na UTI, foram excelentes, excelentes, excelentes. Eu não imaginava que a gente realmente, a gente faz uma idéia de um hospital público... Tudo é muito, tudo é muito precário, e eu imaginei que fosse. Mas não aqui pelo menos. Eu gostei muito, muito mesmo. (Indira)

O Ministério da Saúde destaca que a equipe de saúde é fundamental para facilitar que os pais possam ver, tocar e cuidar do bebê (BRASIL, 2009, p.45). Ou seja, possibilitar o exercício da maternagem.

Vitória fez um longo relato emocionado de agradecimento à equipe multiprofissional que a apoiou na sua luta na recuperação da sua filha.

Apesar disso tudo, de todo aquele baque, você estrutura a sua cabeça, de como você passar por essa situação. Uma, você longe de casa. Aí você pensa: ‘Poxa, eu estou em um lugar estranho’. A gente então que é muito de interior, é muito ligada às pessoas. Aqui, eu achei que ia encontrar as

pessoas muito frias. Geralmente, as pessoas de cidade grande não são de conversar muito, e pelo contrário! Eu encontrei pessoas aqui dentro, enfermeiras, a psicóloga sabe, a doutora S., que foi assim, uma mãezona aqui dentro, que conversava e tinha aquela coisa de ouvir a gente, pra acompanhar, dar dicas de como a gente lidar com aquilo com essa situação. (...) E a enfermagem da Unidade Neonatal, eu não tenho nada do que reclamar. Foi sempre sabe, sempre eles preocupados, sempre eles atenciosos sabe, você percebia a preocupação. Eles já me conheciam por nome sabe, por passar aqui tanto tempo e eu a eles também. Eu já sabia quando era aquele plantão, que tinham aquelas assim que eram mais atenciosas. E quando eram aquelas que já... Não é que tratavam mal, mas tinham um jeito lá delas. A gente até respeita porque é o jeito de cada um. Eu não tive problema nenhum mesmo! (...) A gente acabou criando um vínculo assim de amizade, porque eles viam o que eu estava passando, o tempo todo que eu estava aqui, brincavam com ela, falavam coisas para me distrair. (...) Quando achava que complicou e não ia ter mais jeito, então essa médica mesmo, que acompanhou ela nesse período todo, eu ficava assim boba, porque médico da rede pública, mas ela tinha um envolvimento, uma coisa, ela foi na minha casa lá em Cachoeiro de Macacu no aniversário de um aninho, ela estava sempre envolvida. E você viu, ela perguntou... E onde que o médico vai estar preocupado com isso? Ainda mais a gente que é lá da rede pública? Mas não, a gente via essa preocupação, os médicos aqui sempre com essa preocupação, de dar suporte e dar apoio. Então, eu só tenho que agradecer a Deus por ter vindo parar aqui... (Vitória)

Houve referência à pediatra responsável pelo tratamento da criança como facilitadora quando conseguiram estabelecer diálogo, e receberam incentivo para estabelecer contato com seu filho. Como exemplificado pelos relatos de Mônica e Juliana.

A doutora que a atendeu, muito boa. Uma pediatra super bacana sabe, conversa com a gente... Porque tem pediatra na UTI neonatal que não conversa muito com você. Você pergunta, te responde, responde o que a gente quer saber realmente. As enfermeiras também são ótimas e são super bacanas, super brincalhonas. (Mônica)

A médica da UTI que estava tratando dele também ficou do meu lado e me explicou que, visto a muito prematuro, ele

estava ótimo e muito bem obrigada. Assim, eu fui acalmada. (...) E a doutora me deixou a par de que ‘sempre que entrar você toca, você mexe, você fala, você conversa, porque a criança tem que sentir. E a hora que você puder, quando você quiser, você vem pra UTI pra ficar perto dele’. Então, desde o primeiro dia, ela falou ‘toca, mexe’. Dá medo! Dá medo, porque parece que vai quebrar, vai sair um pedaço da criança! Mas, ela me deixou muito tranquila, essa doutora. (Juliana)

Quando ocorreu a indicação de uma intervenção mais agressiva com o pré-termo, uma pediatra foi além da comunicação e proporcionou *holding* para a mãe conseguir superar mais uma etapa junto ao seu filho. Como no relato de Lúcia que, ao final, deifica a médica.

Quem mais me apoiou, olha assim, em muitos momentos em que precisei até de um abraço, de uma palavra assim, foi a doutora. Ela foi além de pediatra dedicada. Eu achei que ela foi fundamental. Quando ele teve previsão de alta, de repente, teve mais uma complicação. Ele estava anêmico e tinha que fazer uma transfusão de sangue. Ali pra mim foi um desespero. Por que até então, pra mim, quem precisava de transfusão de sangue estava à beira da morte, né. Então, assim, eu não conhecia. Eu fiquei desesperada quando eu soube. Ali, ela conversou comigo, ela me abraçou, entendeu. Pediu pra eu ficar calma, coisa e tal. Me explicou direitinho o que significava aquilo, que geralmente os bebês prematuros precisam. E assim, pra mim no momento ali, além de Deus em primeiro lugar, que é que eu tava confiante e constantemente, foi a doutora. Ela me apoiou muito. (Lúcia)

O que se pôde apreender das Histórias de Vida das mulheres com filho pré-termo é que o cuidado profissional da enfermagem apareceu como facilitador da maternagem. A enfermagem ajudou no primeiro contato mãe-filho, seja no centro obstétrico ou já na unidade neonatal. Apresentou esse bebê pré-termo e o ambiente da UTI à mãe e aos familiares; e ensinou uma nova forma de cuidar de um bebê que nascera prematuro para que a mãe/família assumisse os cuidados, elaborando uma nova forma de maternar. O cuidado de enfermagem, sob este ponto

de vista, funcionou como um facilitador para o cuidado da mãe para com o bebê.

Taís foi apresentada à filha na UTIN por um enfermeiro que já a havia cuidado quando gestante. Ele foi a ponte segura entre o setor de internação das mulheres e a Unidade Neonatal.

A primeira vez que eu, eu fiquei com medo e foi até um enfermeiro que me levou, para eu ver... Um que sempre ia lá, ele sempre ia lá visitar as mães, quando a gente estava grávida internada, ele sempre ia lá visitar a gente, era tipo uma pesquisa e ficava sempre andando com a gente. O enfermeiro, ele era professor, até com duas estagiárias, aí me levou e eu vi ela. Ficamos caçando e não achava ainda, e achei lá. Chorei muito quando eu vi lá, ela era bem pequenininha, tinha menos de 30 cm, tinha um quilo e 400, era muito pequena. (Taís)

Foi a partir da observação do cuidado profissional, competente e seguro da enfermagem, do conhecimento repassado, que as mulheres aprenderam a cuidar do filho pré-termo.

As enfermeiras a pegavam só com uma mão pra virar, tchum! De pequenininha, muito pequena. Ali, só muita fé mesmo. Ver uma criança daquele tamanho hoje me faz até chorar. (...) E cuidar de um bebê prematuro é muito difícil. Pra dar leite, tem que por a cabeça assim, tudo isso vem ensinamento delas, das meninas lá, das enfermeiras, né. (Socorro)

A enfermagem explicou o mundo da Unidade Neonatal para a mulher, desde o primeiro contato e durante todo o tempo de permanência no setor.

A enfermeira veio explicar as coisas que ele tinha. Não era... que era sério o problema que ele tinha, mas que ali ele ia ser bem tratado. (Ana)

E dali para frente, tudo, tudo, tudo eu tinha dúvida, eu perguntava às enfermeiras, e o que elas não podiam me responder elas me passavam para a pediatra que estava acompanhando ela. (...) E assim, a equipe toda, tanto de enfermagem, tanto da UTI como da UI eu não tenho com que reclamar, muito atenciosos, ensinando tudo, a dar banho, a pegar no canguru, trocar fralda, tudo, tudo, tudo, a

responsabilidade de até mesmo de segurar a sondinha, de segurar a seringa, aquela posição de segurar, ela tomava para sonda. Uma vez, eu fiquei meio nervosa porque ela teve um soluço, e eu não sabia que era soluço, porque ela era tão pequeninha e ela tremia toda e eu cheguei para uma enfermeira e falei assim olha só a minha filha esta se tremendo toda , tremendo toda. Aí ela foi ver e riu. Aí ela foi ver e disse é era soluço e isso era comum. Mas ela era tão pequeninha que um soluço treme o corpinho todo. Ela ria e eu disse: ‘Então tá.’ (Indira)

As mulheres aprenderam uma nova forma de realizar os cuidados maternos — a maternagem — passo a passo com a enfermagem. Mesmo as que já tinham experiência em cuidar de crianças, como Ana, mãe de outra criança, e Isabela, que cuidava dos irmãos menores, deram depoimentos neste sentido.

Pra mim, eu não tive dificuldade porque tive ajuda e também por ficar cuidando dele aqui, eu já estava... As enfermeiras daqui explicavam muita coisa pra gente. Eu já estava mais com prática, não tinha tanto segredo assim não. (Ana)

Foi uma enfermeira lá da UI que me ajudou a mexer nele. Esqueci o nome dela, porque eu ficava lá sozinha, não podia ficar com acompanhante. Aí, eu tinha que cuidar dele sozinha. Elas me ensinavam como é que tinha que fazer as coisas, eu acabei aprendendo. Eu sabia um pouco, porque eu cuidei dos meus irmãos pequenos. Lá eu aprendi mais, né. Fiquei mais informada das coisas. Aí, eu aprendi a ser mãe mesmo. Que eu não estava preparada ainda, estava me preparando. Aí como veio antes da hora, aí tumultuou na minha cabeça. Eu fiquei nervosa. Tinha que ter alguém pra me ensinar. Aí foram as enfermeiras. A minha mãe não podia ficar lá. Aí, elas é que ajudaram. (Isabela)

No relato de Isabela, há um aspecto importante: sem a presença de sua mãe para lhe transmitir a forma de cuidar do filho, ela transfere o papel social da avó para outras mulheres. Ela procura a equipe de enfermagem para lhe ensinar tanto as especificidades do cuidado técnico, como apoio emocional.

A enfermagem ensinou a mulher a tocar e segurar o bebê de forma segura, para lhe proporcionar o *holding*.

Eu não queria colocar não a mão nele. Ele era muito mole. As pessoas falavam que é bom colocar a mão nele. A moça falava: ‘Bota a mão nele’, eu botei. [silêncio] Quem era essa moça? Foi uma enfermeira lá e eu nem me lembro quem foi... (Natália)

Mas depois eu fui me acostumando, eu passando a mãozinha e, com dois, três dias, o enfermeiro já colocava no meu colo, dava apoio. Mas no primeiro dia, eu não toquei nela não. Eu estava com medo, com medo de amassar, que eu não sabia. (Taís)

Foi muito estranho segurar, porque uma coisinha tão pequena e elas enrolaram no lençolzinho. Elas quem? As enfermeiras, elas enrolaram em um lençolzinho e botaram nos meus braços. Aí depois eu já comecei a pegar eu mesmo. A primeira vez que eu peguei sozinha foi muito difícil, para mim. Porque é muito mole, ainda é mais mole de quando nasce de tempo, mas aí eu fui me adaptando, banhava, aprendi a banhar... A enfermeira me ensinou a banhar, me ensinou a dar comida no copinho. (Ângela).

Na UTI, eu ainda não dava banho, mas trocava fralda. Eles me deixaram sempre, eu sempre quis fazer. Eu olhava fazendo, e sempre pedia. — Elas quem? As enfermeiras, eu olhava elas fazerem e depois perguntava se eu podia fazer no outro dia, no dia seguinte. Elas do meu lado e eu fazendo, elas deixavam e eu sempre quis. (Juliana)

Estas atividades facilitadoras apontam para o alcance de uma atitude de aparência simples como a de colocar o bebê no colo de sua mãe. Neste momento, a equipe pode exercer uma influência altamente significativa para a comunicação entre mãe e seu bebê que, em sua origem, tem nos aspectos físicos seus mais importantes representantes.

O banho do bebê recebeu um destaque especial, dentre todos os cuidados de higiene. A enfermagem, a princípio, fazia, mas com a estabilização do quadro clínico, as mulheres eram estimuladas a realizarem o cuidado sob supervisão. Primeiro, o banho no leito, ou como as mães referem ‘banho de gato’, ‘com algodão’.

Porque eu cuidar dele... No começo, foi muito difícil porque também muito tempo do outro, já estava grande. Ele ainda por ser muito pequenininho, aí foi um pouco difícil assim. Igual um dia que ela falou: ‘Hoje você é que vai dar banho’. Aí eu já fiquei um pouco nervosa: ‘Mas dar banho! Como é que eu vou fazer isso?’ Não, ela foi me explicar que era com algodão, que não podia botar na água [refere-se ao banho do leito, não podia usar banheira]. Mas mesmo assim, pra pegar... Pra pegar no colo, pra mim foi... Apesar de que foi emocionante, porque ele ficou muito tempo lá dentro eu não podia pegar. Aí, quando eu peguei também, aí eu queria ficar sempre pegando. [risos] Mas acho que foi um pouco de medo por ele ser muito pequenininho, os problemas que ele tinha, eu via a respirationzinha dele: Era sempre forte, ficava sempre preocupada. (Ana)

No início, fiquei com medo de mexer, mas peguei logo uma prática. Tive logo vontade de começar a cuidar dele, fui logo cuidando dele, me ensinaram, eu comecei a observar e depois vieram me ensinar. Você, né [risos da entrevistada e pesquisadora, nessa época estava com alunos no campo] Umas alunas lá, iam lá e me ensinaram. Eu cheguei ver o primeiro banhozinho de gato dele, aí depois eu já dava. (Yasmine)

Mas as enfermeiras daqui também foram muito legais comigo, você tem que dar banho nela, é você que vai cuidar dela em casa. Mesmo na incubadora, eu que passava algodãozinho nela. Tinha uma senhora, uma branquinha, acho que era uma auxiliar, muito boa, não sei se ela está aqui, é uma senhora, muito boa. Ela conversava... (Maria)

Aí eu fui, comecei a dar banhozinho nele com algodão. Fui pra casa. A primeira coisa que eu queria ao chegar em casa era dar banho nele na banheira. Eu lembro que eu segurava tanto as perninhas dele, segurava ele aqui pra dar banho nele, ele chorava muito, muito pequenininho. As meninas [enfermagem] daqui que me ensinaram a cuidar dele. (Cláudia)

Posteriormente, a enfermagem ensina a mulher o *handling* (manuseio) do bebê de maneira mais próxima ao cotidiano domiciliar — dar o banho na banheira, já preparando para alta.

O primeiro banho é que foi horrível. [risos]. Eu toda desajeitada, mas as enfermeiras me ajudaram bastante, toda

equipe foi maravilhosa. Eu não tenho do que reclamar do hospital. (Beatriz)

Banho era eu que dava [na UI], eu cuidava mesmo, porque eu já tinha um de 7 [filho]. Então, o doutor J. um dia falou ‘a partir de agora ele já pode tomar banho de banheira, que ele já está com tanto de peso’. Eu disse: ‘Então tá!’ Eu falei: ‘Ai meu Deus! Essa criança vai escorregar da minha mão, vai acabar dentro da banheira!’ [risos] Porque até então era banho de gato, que a gente fala. Aí, eu falei: ‘Não, calma aí, eu tenho um filho de 7 anos e não afoguei nem fiz nada e esse aqui também não vai acontecer!’ Aí eu peguei e dei banho direitinho. As enfermeiras olhavam e ficavam perto. A primeira coisa que eu falei: ‘Pelo amor de Deus fica perto de mim! Que se acontecer alguma coisa vocês estão aqui!’ Aí ficaram duas comigo, olhando: ‘É isso aí mãezinha, é isso aí mesmo, é assim mesmo!’ (Juliana)

Ana Louise além de aprender a banhar, foi orientada a cuidar do umbigo, o que tem toda uma importância simbólica.

Aqui, as enfermeiras. Mas, aí elas me ensinaram a dar banho, me ensinaram a cuidar do umbigo. Quem cuidou do umbigo fui eu até cair, pra quando chegasse em casa, como se dá de mamá, tudo eu aprendi ali na UI. As enfermeiras me ensinaram a cuidar do umbigo, a dar o remédio no horário certo. Aqui que eu aprendi tudo. Aí quando eu fui pra casa eu já sabia tudo, parecia até que eu já tinha 10 filhos! [risos] (Ana Louise)

Muitas crianças pré-termo precisarão utilizar medicamentos em casa. Desta forma, as mães aprendem com a enfermagem a maneira de administrar, a importância de seguir os horários. Mesmo Juliana, que era técnica de enfermagem, relatou adquirir um novo conhecimento.

Tanto na UI, na parte de medicação que o médico, como eu fiz enfermagem, eu sou técnica de enfermagem, aí o médico prescrevia e orientava. As outras enfermeiras me mostravam como era para fazer. E era eu que fazia aquela parte de medicação dele, de injeção [usa a seringa de 1ml para dar medicação oral], ferro, vitamina C. Era eu que fazia. (Juliana)

Fenwick, Barclay e Schmied (2002 e 2008) destacam que as mulheres com filhos na Unidade Neonatal rapidamente percebem que o

seu sucesso em maternar é dependente da sua capacidade de se adaptar e se ajustar ao ambiente da UTIN, e de se relacionar com a enfermeira. Elas percebem que são constantemente analisadas ao realizar os cuidados junto ao bebê pelos profissionais dentro do espaço público limitado da UTIN. Sentem-se exigidas não somente para aprender sobre seu bebê, mas também sobre as regras da Unidade Neonatal e tentam atender as expectativas depositadas sobre elas como mães. Então, aprender as “regras do jogo” na UTIN as ajuda a construir e manter relações "amigáveis" com as enfermeiras, e assim, facilitar a sua participação ativa com os seus bebês. Mônica e Indira relatam saber lidar com os profissionais e desta forma conseguiram ser bem atendidas.

O paciente tem que ser educado. Se o paciente for mal educado, não adianta. Então, devido a trabalhar com muitas pessoas, no público, eu tenho essa facilidade de conversar com as pessoas, lidar com as pessoas. (Mônica)

Não é você entrar no hospital e querer que as pessoas também te tratem como um bibelô. Eu acho que se você é mãe tem que ter sua consciência que você está em um hospital e não é só a sua filha que está ali. São várias outras crianças, como também há várias outras crianças com problemas muito mais urgentes do que a minha filha. A minha filha era peso, então eu tinha que ter consciência e que, com certeza, na hora que ela pudesse me atender, ela ia atender. (Indira)

Além de cuidar do bebê, a equipe de enfermagem da Unidade Neonatal também cuidou da mulher, apoiou-a e, lhe proporcionou *holding*.

O pessoal daqui foi muito bom comigo: os enfermeiros, todo mundo me deu muito apoio (Ângela)

Eu tive muito apoio. Olha, aqui, eu tive bastante apoio das enfermeiras, das suas alunas [acadêmicas de Enfermagem]. (Yasmine)

Você disse que as enfermeiras mandaram você pra casa, fale mais um pouco. Ah, eu obedeci, porque eu não aguentava mais. Foi coisa, psicologicamente, foi coisa que me deu. Fui ao médico, o médico falou: ‘Você tá muito

estressada, não aguenta mais ficar o tempo todo aí, andando pra lá e pra cá.' Porque às vezes eu ia a pé, às vezes eu ia e carro, porque eu tinha carro nessa época. Mas, aí eu tinha a preocupação, que mexe com o psicológico da gente, né? Você tá lá, deita lá a noite todinha numa cadeira daquela, tem que levantar toda a hora. (Socorro)

Os achados da pesquisa vão ao encontro dos obtidos por Guimarães e Monticelli (2007, p.629). As autoras destacam que a enfermeira neonatal surge neste contexto como preferência dos pais para exercer este papel, sobressaindo-se na função tutorial de acompanhamento continuado durante o tempo que durar a internação.

Entendendo o cuidado como a essência da enfermagem, conforme postulado por Leininger (2006), considera-se relevante o estabelecimento de uma relação de ajuda às mães, a partir do entendimento das suas necessidades. Isto só será possível se for dada às mulheres a oportunidade de expressarem suas idéias, seus medos, angústias, expectativas e vivência de maternar um filho pré-termo.

Muito há a fazer pelos pais na UTI, para que possam construir pontes entre os aspectos físicos e os psíquicos do recém-nascido. Não se pode esquecer de que quem se encontra ali na frente é o filho para o qual escolheram um nome e para quem possuem projetos futuros. E, ao resgatarem seus sonhos, estarão resgatando sua própria competência, apercebendo-se de sua capacidade de exercer um cuidado especial e único – a maternagem – diferente do oferecido pela equipe.

A maternagem é capaz de unir; por meio do toque e da palavra, as experiências iniciais do bebê na UTI, facilitando a integração do bebê, protegendo-o tanto do ponto de vista psíquico quanto imunológico e fisiológico, uma vez que estes são aspectos sempre interdependentes (MOREIRA, BRAGA e MORSCH, 2003, p.60).

Para entrar na Unidade Neonatal as mulheres têm de aprender novas regras de comportamento. Há um ritual de entrada: guardar os pertences, retirar os adornos, lavar as mãos para depois se aproximarem

do leito (incubadora, ou unidade de cuidados intensivos – UCI, ou berço aquecido) do bebê.

Na UTIN da instituição pesquisada, há restrição de horário. A permanência materna é permitida no período diurno. Já na UI, as mães podem acompanhar seus filhos integralmente se assim o desejarem ou houver possibilidade. A visita paterna é livre. Está estabelecida a visita dos avós em dois dias da semana. A liberação para entrada das avós ou outro familiar ocorre nos casos de mães adolescentes, ou naquelas impossibilitadas de comparecer a Unidade. Como foi o caso de Viviane, que ficou internada na UTI de outro hospital, e sua irmã é quem visitava o sobrinho.

Aí, quando nasceu, minha irmã foi lá e me falou quer era um menino. Eu tava internada. Eu nem sabia que eu tinha ganhado ele... [silêncio] (...) A minha irmã tava vindo falar dele pra mim. (Viviane)

A restrição de permanência materna na UTIN foi um tema recorrente nos relatos, a dor deixar o bebê ‘sozinho’.

Com 4, 3 dias, já me deram alta. Eu fui pra casa, mas eu chegava aqui às 8 horas e saía às 9 horas da noite. Enquanto ela tava na UTI era isso. (Socorro)

Nesse meio tempo que ele foi pra UTI, eu tive alta. Então, quando eu tive alta e ele ficou na UTI, eu ia pra casa, chorava o tempo todo. Não tava me acostumando em deixar ele lá e ficar na minha casa. Porque na UTI não pode ficar com ele. Lá tem um horário em que você pode entrar lá. Então, ele ficava lá e eu ficava em casa. (...) É uma experiência que é meio chata, porque incomoda muito deixar teu filho aqui e ir dormir em casa. E ele nasceu na época de carnaval. Então, eu ficava dentro de casa mesmo, eu não saía, não fazia nada, só fica dentro de casa chorando. O que tá acontecendo, será que ele melhorou, será que ele piorou? (Clara)

Ele ficou muito tempo na UTI, né? Ele ficou um mês e pouco na UTI eu acho, ele ficou um mês na UI. Eu vinha ver ele todos os dias, todos os dias de manhã. Eu ficava o dia todo e depois ia embora. (...) Na UTI, não dava porque,

quando dava 8 horas, a guardete ia lá e mandava a gente ir embora. (Natália)

A História de Vida das mulheres com filho pré-termo hospitalizado na Unidade Neonatal revelou a tristeza de terem o ninho vazio, o berço ao lado no Alojamento Conjunto sem bebê. Ver outras mães com os filhos recebendo visita, explicar a estranhos o que acontecera era muito doloroso, tanto que Vitória saía do andar quando se aproximava o horário da visita.

Eu sempre fui aquela mãe que o bercinho estava puro do lado da cama, entendeu? Todo mundo vinha e perguntava. Então na hora da visita eu não aguentava ficar lá em cima, eu descia ficava lá por baixo, e fazia hora para estar com a ela lá na UTI. Porque isso era uma coisa difícil de você lidar. (Vitória)

As mulheres que receberam alta obstétrica e foram para casa, mas tiveram os filhos hospitalizados na UTIN narraram a dor de encontrar o ninho preparado vazio, o enxoval pronto e o berço arrumado sem bebê, como contou Socorro.

Agora, é terrível quando tu chega em casa, só o berço, só vê o berço lá, sem criança. Batia até uma tristeza, né. Ver as roupas. As roupas eu não podia vestir nela. Desse tamanhinho! Botava assim [demonstra a palma da mão]. (...) Difícil chegar em casa sem criança, chegar em casa ver as coisas, todas as roupinhas... (Socorro)

Ir para casa sem o bebê nos braços e ter de explicar o que aconteceu com o bebê era reviver a dor da separação.

Você chega em casa, cadê seu filho? Que não sei o quê? Não, ele tá internado. Por quê? Porque ele é prematuro, entendeu? (Clara)

A impossibilidade da permanência materna poderia ser resolvida com alojamentos para as mulheres, que já é realidade em algumas instituições, como por exemplo na Maternidade Municipal Leila Diniz, no Rio de Janeiro, como sugerido por Vitória:

Seria bom se tivesse como se fosse um alojamento mesmo para as mães, diferente da mãe que está com seu bebê no tempo certo ali do lado. (Vitória)

Para acompanhar sua filha hospitalizada, por um longo período na UTIN, Vitória submeteu-se a condições desumanas de acomodação, lutou contra imposições das rotinas hospitalares, até encontrar profissionais que de fato a acolhessem.

Ela nasceu de 6 meses e passou por esse processo todo de internação aqui. Eu passei por vários episódios aqui. Eu fiquei o tempo todo aqui nesse hospital com ela. Não abri mão de sair, aí eu tive, passei por problemas aqui administrativos mesmo. Eu não poderia ficar, mas por eu morar longe, em Cachoeira de Macacu, e eu não ter como vir, eu não aceitava. Eu achava que eu não conseguiria ir embora e deixar um pedaço meu aqui, entendeu? Eu queria ir embora com ela. Ao mesmo tempo, tinha medo de sair e acontecer alguma coisa com ela. Eu me sentia culpada por uma coisa que não tem que... Eu vou estar por perto, eu vou... Mesmo não podendo fazer nada, igual eu ouvi uma enfermeira falando: 'Você não é Deus, você não vai poder fazer nada por ela, você pode ir para casa'. Eu não conseguia colocar isso na minha cabeça. Se eu fosse para casa, eu não ia ficar bem nem lá. Nem se eu não estivesse por aqui por perto. Eu fiquei, eu fiquei de novembro até março. Eu fiquei com ela, eu só saí junto com ela. Aí sim, eu saí. (Vitória)

E depois que você passa por certos constrangimentos, que você... Eu mesma, eu sei que eu fiquei aqui um tempo indevido, porque eu não abria mão de sair sem ela. Então eu me recusava assinar a alta. E pra uma eu falei: 'Eu não estou me negando a dar o leito para a outra mãe que possa precisar, eu só quero ter o direito de ficar aqui, mesmo que eu passe a dormir lá no corredor da UTI e eu possa ficar no banco. Como depois eu assinei e fiquei lá sabe, eu dormia no corredor e dormia na cadeira, mas eu não abri mão de sair do hospital. Porque eu falava que não tinha condições de vir aqui todos os dias, não tinha dinheiro para pagar a passagem. A gente tinha um carrinho velho, mas não tinha condição de vir de tão longe. Eu pedia para ficar aqui. Aí a enfermeira falava: 'Não, se você sair, você só vai poder vir nos horários que eles estipularem. Tem a estrutura do hospital'. Então, com isso, eu tive muitos problemas, porque eu aí passei por pior situação com a enfermeira

chefe [do Alojamento Conjunto], que falava, fazia cena lá em cima, me fazia passar vergonha na frente dos outros, sabe? Isso eu conversei várias vezes com ela. Eu não contava nada lá na UTI, ficava quieta porque eu achava assim, depois vai dar problema, ela trabalha aqui muitos anos... Até que um dia ela ligou para lá e a médica, como diz assim entre aspas, comprou o barulho: ‘Não! Ela vai ficar! O bebê dela é muito prematuro, e ela precisa, não tem condições de ir pra cidade dela’. (Vitória)

Há de se refletir sobre a atitude rígida, inflexível e violenta da enfermeira do Alojamento Conjunto, preocupada exclusivamente com a liberação do leito por conta da alta rotatividade no setor. Isso reflete a cultura moderna do parto ocidental, em que o hospital é uma fábrica de alta tecnologia. O produto final mais desejável é o novo membro social, o bebê; a nova mãe é um subproduto secundário (HELMAN, 2009, p.155).

Então, essa enfermeira “chefe” encarou a mulher sem bebê no Alojamento Conjunto como um problema a ser resolvido. Se ela estava de alta pela obstetrícia que fosse para casa, já que o bebê estava sendo cuidado na Unidade Neonatal. Nessa visão estreita tecnocrática, essa mulher não está exercendo o papel de mãe, logo é descartável.

Foi tamanha a coerção sofrida por Vitória, que ela se submeteu, assinou a alta. Passou pela situação degradante de perambular pelo hospital como uma indigente e dormir na cadeira do corredor. Por temer represálias e ser expulsa à noite do hospital, não contou a ninguém, mesmo tendo um bom relacionamento com a equipe de enfermagem neonatal, com medo do corporativismo profissional, pois ela era uma funcionária antiga.

A situação só foi resolvida quando a enfermeira “chefe” insatisfeita porque Vitória não foi embora, ligou para UTIN cobrando um posicionamento do setor. Qual não foi sua surpresa que a médica assistente do bebê “comprou seu barulho” e interveio em seu favor. Utilizando-se do poder médico instituído, autorizou a sua permanência. Houve um desfecho satisfatório para Vitória. Ela pôde a partir de então utilizar um leito no Alojamento Conjunto.

O que fica evidente é a violência institucional praticada pela enfermeira “chefe”, porém a equipe de Enfermagem também se omitiu ante a sua atitude. Urge a necessidade de o grupo revisar sua prática assistencial, assumir coletivamente um projeto de cuidado humanizado, com respeito aos direitos humanos e atender com dignidade a sua clientela.

Não cabe mais em pleno século XXI uma Enfermagem burocrata, preocupada somente com o quantitativo de atendimentos e procedimentos. A sociedade brasileira precisa que a profissão se dedique à sua maior vocação — o cuidado.

Como definiu Leininger, “o cuidado é a essência, central e dominante distinta e unificante dos focos de enfermagem”. “O cuidado refere-se tanto a um fenômeno abstrato e/ou concreto”. São “experiências ou idéias assistenciais, de apoio e capazes, dirigidas a outros com necessidades evidentes ou antecipadas, para melhorar uma condição humana ou modo de vida”. (LEININGER e MCFARLAND, 2006, p.12).

O que mães de pré-termo buscam é que o cuidado não seja apenas realizado como obrigação e meramente técnico, mas que esteja aliado a um gesto de carinho, uma voz suave e um toque seguro. Além das mulheres esperarem este tipo de comportamento do cuidador para com a criança recém-nascida, elas também têm a expectativa que este cuidado se estenda a elas próprias, já que estão submetidas a tantas e inesperadas tensões (GUIMARÃES e MONTICELLI, 2007, p.629).

O depoimento de Indira ilustra o sentimento de culpa por não ser uma ‘boa mãe’ ao ter que deixar sua filha na UTIN e ir para casa após sua alta.

No dia em que eu recebi alta lá em cima, no andar, a única coisa que eu fiz fazer foi quando eu cheguei em casa a noite para dormir foi chorar. Porque eu falei com a minha mãe que eu deixei um pedaço de mim lá. Eu não sei se estou sendo uma boa mãe deixando a minha filha lá e vir embora para casa. (...) A minha mãe tentava me consolar,

me confortar. Ela falava que tem que ter fé, tinha que deixar ela mesmo, tinha que deixar ela lá, ela vai sair. (...) Ela não está lá porque você quer que ela fique lá, ela está lá porque ela precisa ficar lá, ela está sendo bem cuidada. (Indira)

Neste momento, considera-se relevante que o papel da avó ao lidar com Indira de modo a não aumentar a ansiedade nem reafirmar o sentimento de culpa pela condição da neta.

Então, Indira festejou cada progresso da filha, a transferência para a UI quando pode acompanhá-la integralmente e, posteriormente, para a unidade canguru.

Então quando ela foi para a UI e eu pude ficar com ela, aquilo para mim foi uma maravilha, principalmente quando ela passou para o canguru e eu tive total contato com ela. (Indira)

Mônica e Angélica também relataram com muita felicidade a 'promoção' do bebê — a transferência para UI. Como ainda estavam no Alojamento Conjunto, se transferiram com os bebês.

Aí vim, fui conhecendo, fui ficando com ela. Eu descia [do Alojamento Conjunto] toda hora, vinha e ficava... A minha maior felicidade foi quando a pediatra falou assim: 'Mãe hoje ela vai ser encaminhada para a UI, você já pode ficar com ela lá'. Aí me deram alta, e eu fiquei com ela o tempo todo na UI. (Mônica)

Quando ele foi pra outra [unidade intermediária], eu não fui pra casa, fiquei direto. (Angélica)

Clara, que já estava de alta hospitalar e vinha visitar o bebê com o esposo, conta que teve de retornar à sua casa para buscar roupas e material de higiene pessoal e, desta forma, ficar acompanhando seu filho.

Fiquei, dormi os 3 dias lá. Eu pude ficar, entendeu? Aí eu dormia lá. Eu vim, porque era Quarta-feira de Cinzas, ele passou para a unidade intermediária. Então eu vim visitá-lo. Aí, elas foram levar ele para unidade, e eu e meu esposo, ele vai pra unidade intermediária. Aí eu fui em casa, peguei as minhas coisas e fiquei os 3 últimos dias com ele. (Clara)

A UI é um espaço onde a mulher começa a realizar cuidados maternos, a maternar o seu bebê, como no relato de Ana e Natália.

Mas foi, foi, foi bom quando comecei eu mesma a cuidar dele, né. Eu passei a vir pra cá e eu cuidava dele, eu dava banho. (Ana)

Agora, na UI, foi melhor porque dava para ficar com ele, porque ele ficava mais durinho e eu pegava ele. (...) Na UI, eu pegava ele sozinha, eu cuidava dele, eu trocava fralda dele, eu dava o leite para ele, eu que olhava. Eu mesma. Eu via ela [enfermeira] fazendo. (Natália)

Na fala de Natália, observa-se que ela assumiu os cuidados com o bebê a partir da observação dos cuidados profissionais da enfermagem.

O bebê de Lúcia havia recebido alta para a UI, porém não havia leito disponível. Ela também havia recebido alta hospitalar e ficou em pânico diante da possibilidade de ter que ir para casa à noite, queria ficar acompanhando seu filho. E lutou para que conseguisse uma vaga no setor.

Então, pra mim, foi um dos piores momentos, porque eu tinha que ir embora e eu não queria. Eu ficava naquela luta, tentando uma vaga pra ele na UI para eu poder passar a ficar com ele, né. Até que, eu acho que eu perturbei tanto uma enfermeira que tinha lá [risos], que acabou conseguindo uma vaga, né. Ela até brincou comigo, ela foi assim: ‘Pronto mãe chorona, teu filho já tá aqui’ [risos]. Aí, eu fiquei com ele na UI, né. (Lúcia)

Enquanto o bebê de Ana estava na UTIN, ela teve alta do Alojamento Conjunto e foi para casa. Mas não tinha condições físicas de ir e vir sozinha de ônibus todos os dias. Quem visitava o filho era o pai antes de ir para o trabalho. Quando o bebê foi transferido para a UI, ela pôde ficar direto.

Aí, eu fiquei nervosa. Fiquei preocupada, aí eu não podia. Não vinha todo dia ver ele, porque eu tive alta. Mas não vinha porque ainda estava fraca, meu esposo é que vinha na UTI. Só quando ele foi pra UI é que eu passei a vir e ficar lá. (Ana)

No entanto, Carina, que morava em outro município, na Baixada Fluminense, distante do hospital, sentiu-se obrigada a permanecer todo o tempo da internação na UI porque não tinha condições financeiras de ir para casa e retornar.

Só que foi muito difícil. Eu moro em Engenheiro Pedreira, e ele ficou internado aqui. Então, eu tinha que dormir aqui. Tudo tinha que ficar aqui o tempo todo. O tempo todo que eu fiquei aqui, eu fiquei com ele. (Carina)

Já Beatriz morava em um bairro distante ao hospital. Enquanto seu filho estava na UTI, visitava-o diariamente, apesar da dificuldade de locomover-se, do longo trajeto e ter que utilizar dois ônibus. A alta do bebê para a UI foi um alívio, apesar das acomodações.

Para mim o mais complicado era pegar duas conduções. Eu, que moro em Realengo, cheia de pontos. Aí, pra mim, era horrível. Fiquei 10 dias com os pontos. Mas depois foi tranquilo. Eu comecei a dormir lá em cima com ele. A cadeira não é nenhum pouco confortável. Podia ter uma cama. Foi a única coisa assim que pegou muito. (Beatriz)

Na UI, no intuito de favorecer a permanência materna, são disponibilizadas poltronas estofadas, mas em número insuficiente. Quando o setor está lotado, restam as cadeiras plásticas. Não se pode esquecer que as mulheres são puérperas, ou foram submetidas a episiotomia ou têm a incisão da cesárea. Então, ficar sentada durante 24 horas representa grande desconforto físico. Mesmo diante da permissão de acompanhar integralmente na UI, algumas ficavam durante o dia e iam para casa à noite para conseguir dormir.

Na UI eu ficava o dia todo e depois ia dormir. (Natália)

Quando ela passou para a UI, aí era direto. Eu só ia em casa, só pra ver o marido e voltava. Nunca a deixei, direto, direto. As enfermeiras até riam, falavam: ‘Ah, tu não é brincadeira, não! Toda hora está aqui.’ ‘Claro, minha vida está aí, poxa! Eu tenho que ficar com ela.’ ‘Vá descansar, vá.’ Teve uma vez que eu tava ruim mesmo. Você dormir em cima daquelas cadeiras lá... Um dia, eu amanheci ruim mesmo. Não tava conseguindo nem levantar direito. Aí,

elas me mandaram embora, pra eu ficar pelo menos um dia dormindo um pouco, né? (Socorro)

As histórias de vida das mulheres com filho pré-termo revelaram a sua necessidade de repouso. É oportuno lembrar, como afirma Nunes (2003, p.54), que estão vivenciando uma questão cultural - o resguardo - cercada por informações repassadas pela própria família com relação ao repouso. Vivem a existência de um conflito. Relatam que não tiveram repouso algum no puerpério. Relataram um período estressante que vivenciaram, o que este influenciou na formação do apego materno devido ao ambiente da UTIN.

Guimarães e Monticelli (2007, p.633) destacam que a permanência prolongada no ambiente hospitalar gera alguns conflitos para as mulheres, frente à ambiguidade dos sentimentos, da vontade de permanecer na instituição e a saudade que têm de casa, dos outros filhos e de seus familiares. Estes sentimentos ficam mais aflorados quando a mulher recebe alta da maternidade e precisa permanecer no hospital em decorrência da internação do recém-nascido que não tem previsão alguma de receber alta da unidade neonatal. Essa ambiguidade foi relatada por Ana.

Muito tempo eu ficava aqui. Mas aí tinha o outro lado: meu esposo, minha família. Ficava só naquela expectativa, se ia pra casa, se ele ia pra casa, e isso nunca acontecia. (Ana)

As mulheres com outros filhos sentiam-se divididas e ambivalentes em relação aos cuidados dispensados ao bebê internado e aos outros filhos em casa sob o cuidado de familiares, a seguir o relato de Lúcia:

Foi assim: eu ficava triste, né, com saudade. Pelo fato de ter outro filho de 9 anos que tava em casa, sem mim. A gente nunca tinha se separado tanto tempo. Eu fiquei 28 dias no hospital. Eu sentia muita falta dele, entendeu? Preocupada com ele, devido a colégio, essas coisas de mãe mesmo, no dia a dia, né. (Lúcia)

A mulher, durante a internação de seu filho pré-termo, necessita de uma relação de empatia, de estímulo e apoio estabelecido através de

amizades íntimas e de relações familiares próximas, que de fato sejam significativas. Muitas vezes, para poder acompanhar seu filho internado, ela precisa de outros vínculos para desempenhar a função de companhia social e ajuda material em casa com seus outros filhos. Além disso, têm que contar com pessoas que possam compartilhar informações pessoais ou sociais e que possam servir como modelos de papéis, funcionando assim, como guia cognitivo (ANDREANI, CUSTÓDIO e CREPALDI, 2006, p.121).

Andréia não tinha com quem deixar seus dois filhos mais velhos, então dividia seu tempo entre acompanhar o recém-nascido durante o dia na UI e retornar para casa para cuidar das crianças.

Porque assim, eu fico com eles. Porque desse aqui eu fiquei triste de internar, eu queria ter tido e levá-lo logo pra casa. Eu tenho meus outros dois filhos, que não podiam ficar largados. Aí, eu ficava indo e vindo, indo e vindo, indo e vindo, todo dia. Pra cuidar das outras crianças, direto, até a alta. (Andréia)

Maria, a princípio, permanecia na UI somente no período diurno. O argumento que a pediatra utilizou para convencê-la a ficar com a filha foi para ‘prevenir as dermatites de fralda’. Trata-se de uma estratégia ‘perigosa’ porque pode gerar desconfiança da equipe de enfermagem. A mãe se obriga a ficar para realizar o cuidado que a profissional deveria fazer e não pelo vínculo com a criança. Ela pode também sentir-se culpada se não puder permanecer.

Eu fiquei direto. No começo eu ia para casa porque eu ficava sentada e a operação doía. Eu passei uma semana indo para casa. Mas quando eu ia, dava vontade de voltar. Já ia chorando, e o meu marido falava: ‘Por que você não volta e fica?’ Era distante. Mas, depois que eu tirei os pontos, a doutora veio e falou para mim: ‘Mãe você tem mais algum filho?’ Eu disse que não. Então ela disse: ‘Então fica aqui com a sua filha porque evita de ela ter assadura, evita ficar assada. As enfermeiras mudam [a fralda], mas não mudam com tanta frequência. São muitos bebês.’ Eu falei tudo bem, eu fico sim. Aí eu comecei a ficar com ela. (Maria)

Duas mulheres, Clara e Taís, sofreram com o agravamento do estado de saúde do bebê na UI e tiveram de enfrentar o 'retrocesso': a volta para a UTI.

Ele ficou internado 12 dias na unidade neonatal, sendo que ele ficou 2 dias na unidade intermediária. Aí depois, ele teve um pneumotórax e foi para a UTI. Teve que ser entubado, tomou bolsa de sangue, aconteceu um montão de coisa. (...) Aí, depois que ele teve pneumotórax, ele pegou pneumonia e ficou 7 dias na UTI. (Clara)

Uma vez, ela estava na UTI e passou para a UI. Aí teve um dia que eu cheguei ela estava na UTI de novo. Disseram que ela tinha tido uma parada respiratória. (Taís)

As oscilações entre a melhora e piora do estado de saúde do pré-termo são frequentes devido à adaptação ao padrão circulatório extra-uterino e à imaturidade pulmonar e imunológica. Essa incerteza leva as mães a apresentarem uma ambiguidade de sentimentos, entre a esperança e o desânimo e a descrença. O que foi revelado por Vitória. Sua filha nasceu com 28 semanas de idade gestacional e 690 gramas. Considerada pré-termo extremo, apresentou inúmeras intercorrências.

Ao mesmo tempo, eu pensava: Poxa ela passou por isso tudo, sobreviveu. A cada dia, era uma coisa nova que aparecia, sabe? Uma hora era uma suspeita de um sopro no coração. Outra hora, a cabeça estava crescendo além do normal. Cada hora era uma coisa assim. Cada hora era uma coisa, sabe, que complicava. Aí, aquilo desestruturava. (Vitória)

Duas mulheres, Socorro e Ana, tiveram filhos submetidos a intervenções cirúrgicas. A filha de Socorro apresentou, na avaliação de rotina de fundo de olho feita pela oftalmologista, retinopatia da prematuridade com descolamento de retina. Isso poderia levar à cegueira, caso não fosse submetida a tratamento cirúrgico imediatamente. Além do medo da cirurgia em si e da possibilidade da perda da visão, o retorno para a UTI representou grande sofrimento.

E aí, ela tava na UTI. Passou 1 mês e pouco na UTI. Aí, quando chegou ir para UI, ela teve um piripaque e teve que

voltar de novo pra lá. Com 2 dias, voltou pra UI de novo. Com aquele exame que eles fazem no olhinho, eles descobriram que a retina do olho dela estava desmembrando. Então, ela foi operada no final do ano de 2005, rápido, sem ter tempo pra nada. Aí, operaram os dois olhos dela. Ainda ficou 3 dias desacordada. Aí foi outro baque difícil. Porque você tirar da UTI, vir para a UI, a criança estar mamando no teu peito e tudo e ter que voltar pra lá. Ficar desacordada 3 dias, aí já mexe mais ainda. Já tava com esperança. A tua filha estava nos teus braços e ter que voltar pra lá de novo. Mas, aí conseguiu de novo graças a Deus, de novo erguer. A alegria maior foi sair de lá. (Socorro)

O filho de Ana não respondeu ao tratamento medicamentoso para Canal Arterial Patente (PCA) e foi submetido à ligadura cirúrgica, com êxito. A mãe viveu dias angustiantes.

Tinha dias, logo quando ele foi operar que... meu esposo falou que nunca pensou assim não. Mas eu pensava, eu pensava 'acho que ele não ia voltar pra casa!' Porque as coisas que ele passou, quando eu o vi depois da operação... Aí, eu achava que ele não ia voltar, não. (...) Porque ele nasceu com infecção. Nasceu com problema no coração [PCA correção cirúrgica]. Aí, eu ficava pensando, às vezes, que ele não ia superar, que ele não ia conseguir sair daquilo ali. (Ana)

A Unidade Neonatal pode ser vista como um lugar de esperança, mas, diariamente, há situações de vida e de morte. Então, a UTIN tem o estigma de um lugar para morrer. As mulheres convivem o medo de perder a criança. A morte representa o fim da possibilidade da maternagem. A maioria das mulheres abordou o tema em seus relatos.

O mais difícil foi o medo de perdê-la. Eu não saía da daqui, ficava em horário integral, eu pedia pra ficar. Eu só fui embora às vezes para pegar roupa, e quando estava na UTI e não podia ficar direto, eu ia embora. Mas o medo era de perdê-la. O medo era esse, de perder, e de acontecer alguma coisa. (Taís)

Porque aí eu vi o que é a gente querer uma pessoa, que a gente acha que vai perder. Eu acho que foi ruim e bom. Porque eu aprendi ser melhor mãe. Eu tive muitos defeitos como mãe. Eu melhorei muito. Meus filhos também,

porque é aquela angústia de poder perder um irmão.
(Angélica)

Juliana temia a morte do filho, referiu que não pensou nas possíveis sequelas da prematuridade.

O meu medo maior foi o de não sobreviver. Eu nem pensava naquelas sequelas, o que eu queria mesmo era meu filho. Meu medo era de não sobreviver. Tinha medo da vida. Na sequela, eu não pensei. Se ele teve sequelas e se ele ia ter: A única coisa que eu queria era ele. Esse era meu único medo. Você vê muita criança morrendo, você vê muita coisa, você acaba transferido aquilo tudo para você.
(Juliana)

Na UTIN, a morte é um evento recorrente. Quando uma mulher perdia seu filho, as entrevistadas se solidarizavam, relataram um sofrimento coletivo. Mas, ao mesmo tempo, comparavam os diagnósticos, temiam por seus bebês.

Foi difícil assim ver morrer criança, toda hora... Quando a gente sai da UTI, passa por aquele estresse todo, tá vendo criancinha morrer, está com a tua lá dentro, então fica difícil. (...) Às vezes, tem uma criança boazinha, como tinha a de uma amiga minha. A criança boa mesmo, já tava pra sair da UTI, a médica ia dar alta pra ela na próxima semana, ela falou: 'Não, ela tá muito bem.' De repente, de uma hora pra outra a garota morreu. A menina fazendo planos e mais planos para a garotinha, de repente a garota morreu. Aquilo foi um baque. (Socorro)

Vitória e Beatriz, que tiveram seus filhos desenganados, apavoravam-se ante a morte de um bebê na UTIN.

Como às vezes acontecia aqui. De uma hora para outra, eu via colegas perdendo filho que estavam numa situação muito melhor do que a dela. Ela era considerada um bebê de um caso mais arriscado. Ao mesmo tempo, eu via outros bebês com problemas menores que não resistiam. (Vitória)

Eu aprendi muito porque eu vi criança sofrer muito. Crianças que a mãe não chegou nem a pegar no colo porque vieram a falecer. Meu filho, ninguém dava vida por ele. Os médicos já foram supersinceros comigo falaram: 'Olha, aqui a gente faz o possível e o impossível. Mas a gente não sabe o que pode acontecer'. (Beatriz)

Yasmine vivenciou um recém-nascido sofrendo uma parada cardíaca que não conseguiu ser revertida. Relatou uma comoção na UTIN.

Teve uma vez que eu fui lá, e vi uma criança tendo uma parada. Aquilo meu Deus do Céu! Acho que todo mundo lá, deixou todo mundo comovido. É uma coisa, uma dor muito grande... A gente fica ali muito sem saber. Os médicos sempre falam para gente que o prematuro uma hora está bem, na mesma hora pode acontecer qualquer coisa. (Yasmine)

Em alguns depoimentos, as mulheres verbalizaram a busca de ajuda através da religião, o que caracteriza o estágio de barganha, descrito por Kübler-Ross (2008). A fé direcionada a Deus pode auxiliá-la no enfrentamento do problema e a manter viva uma esperança de cura do filho, conforme mostra o relato de Taís:

Eu fiz promessa e tudo para poder salvar. Até que enfim se salvou e saiu, taí grande aí. (Taís)

Socorro, católica praticante, relatou o batizado da filha na UTIN.

Eu trouxe o padre para batizar ela. Ela foi batizada dentro da UTI. Chegou o padre e perguntou se podia passar a mão, porque a pele dela era tão frágil, que ele tava até com medo de passar a mão assim por cima. Eu falei: 'Padre pode passar.' Ela cabia assim dentro da mão. (Socorro)

O batismo é um rito de passagem que assinala o nascimento social (tornar-se um novo membro da sociedade), logo após o nascimento biológico (HELMAN, 2009, p.207).

Porém, no cenário em que foi celebrado, o batismo apresenta outros significados para essa mãe. A criança pagã transita para o *status* de cristã, recebe o sacramento do padre, o que lhe confere proteção e auxilia na sua recuperação. Para os católicos, há a preocupação de a criança morrer pagã. Nesses casos, é um rito de passagem que a prepara para a morte.

Quando os pais desejam que os filhos sejam batizados caso exista um prognóstico sombrio, este desejo torna-se uma responsabilidade da

enfermagem. Sempre que possível, é desejável que um padre realize o ritual, como aconteceu com a filha de Socorro. Entretanto, quando a morte é iminente, a enfermeira pode realizar o batismo (HOCKENBERRY, WILSON e WINKELSTEIN, 2006, p.254).

O que se pôde apreender das Histórias de Vida das entrevistadas é que, apesar de a UTIN ser um local de sofrimento, houve um amadurecimento. As mulheres referiram que a experiência vivenciada foi um grande aprendizado.

E assim foi uma experiência traumática, né? Traumática para qualquer mãe que vê seu filho naquela situação. Mas assim, dentro do possível ele ficou bem, ele ficou bem e a mãe é que ficou um pouco traumatizada. (Juliana)

É legal porque você amadurece, mas ao mesmo tempo é ruim, entendeu? Mas é uma experiência que dá pra superar, entendeu? (Clara)

Hoje em dia eu olho assim: não vou dizer que valeu a pena, porque de sofrimento nenhum de filho a gente vale a pena passar, né? Mas eu aprendi muita coisa que eu não sabia. (Lúcia)

As mulheres referiram que a superação das adversidades da internação, da prematuridade, dentro da Unidade Neonatal é que lhes permitiu concretizar o sonho de ser mãe, de maternar seus filhos.

Mas, tirando isso, graças a Deus, essa experiência de ser mãe está sendo pra mim um presente de Deus! Que era uma coisa que eu queria muito, um filho, entendeu? (Denise)

Porque a gravidez era a realização de um sonho. Ser mãe para mim era uma vitória mesmo, eu não conseguia imaginar outra coisa. (Vitória)

Seis mulheres relataram a vivência de alguma etapa do método canguru. Trata-se de um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado, que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao tórax dos pais ou de outros familiares. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre

escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. Deve ser realizado de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2009, p.16).

Para Indira, foi uma surpresa essa modalidade de cuidado ao pré-termo, nunca ouvira falar antes.

Eu fiquei no canguru com ela. Foi uma experiência assim que eu nunca tinha vivido e nunca imaginei viver. Minha filha estava praticamente 24 horas dentro da minha blusa. Eu nunca tinha visto isso. (Indira)

Juliana, Vitória e Indira vivenciaram na UTIN a primeira etapa do método canguru (BRASIL, 2009, p.13). Trabalha-se o estímulo à lactação e a participação dos pais nos cuidados do bebê. A posição canguru é proposta sempre que possível e desejada. As entrevistadas vislumbraram uma possibilidade de interação com o bebê intensa e prazerosa.

E com 5 dias, a doutora mandou pegar no colo para comer, já fez o canguru. Eu fiquei um tempo na UTI com ele no canguru. (Juliana)

Depois a doutora até antecipou um pouquinho canguru para poder ter mais contato e ficar mais comigo. Porque eu queria ajudar de alguma forma. Então ela: ‘Vamos botar no canguru, mesmo você ainda não podendo, mas como você fica direto com ela’. Aí me colocou sabe, tudo assim, para ajudar no desenvolvimento dela e graças a Deus ela sempre respondia positivamente. (Vitória)

Eu chegava lá, brincava com ela, falava com ela. E mesmo ela não me enxergando porque colocam um negócio nos olhos, o meu cheiro, o meu calor e aquela coisa para ela, e ela foi... Desde a UTI, eu já fazia o canguru parcial. Eu vinha e colocava ela dentro de mim e tirava. Aquilo foi ajudando muito ela, muito. E ela foi ganhando peso muito rápido. (Indira)

Após a transferência da UTI para a UI, as mulheres podiam ficar mais tempo na posição canguru com seus bebês. Aguardavam ansiosas

tanto a indicação, como uma vaga nos leitos canguru para a segunda etapa. Nela, a posição canguru deverá ser realizada pelo maior período que ambos considerarem seguro e agradável. De acordo com o Ministério da Saúde, os critérios de elegibilidade do bebê incluem: estabilidade clínica; peso mínimo de 1.250g; dieta enteral plena (pode estar com sonda orogástrica/ sonda nasogástrica); e medicações por via oral. Para a mãe: desejo de participar do método canguru; saúde física e mental (BRASIL, 2009, p.119).

No método canguru, a estabilidade para a segunda etapa significa: ausência de infecções; competência para respirar sem ajuda de aparelhos, mantendo ritmo respiratório, sem pausas respiratórias nem apneias; nutrição exclusivamente por via enteral; habilidade para manter o controle térmico quando se oferece fonte de calor (incubadora, berço aquecido, posição canguru); enfim, capacidade de sobreviver sem necessidade de grandes recursos tecnológicos (BRASIL, 2009, p.119).

O grande diferencial da enfermaria canguru dentro da UI são acomodações destinadas ao método: cama para a mãe, encosto triangular para que quando deitassem ficassem elevadas. Além de ser um local mais calmo e com mais privacidade mesmo dentro da Unidade Neonatal, a mulher assume os cuidados com seu filho. E, ainda sob supervisão da enfermagem, podia sair para o banho de sol.

Eu fiquei no canguru. Eu fiquei na UTI por 3 dias, aí fui pra UI, aí o canguru estava cheio. Na primeira vaga que teve, eu fui pro canguru. Aí eu fiquei uns 20 poucos dias lá no canguru. [silêncio] — Poderia falar mais sobre o canguru? Ah, foi legal. Que parece que a gente tem mais contato com as crianças. A enfermeira só lembrava: ‘Olha o remédio.’ Quem dava o remédio era a gente, a gente vinha aqui fora dar banho de sol nas crianças. Assim, eu ficava 24 horas por dia com ele, foi bem legal. Aí depois, quando eu fui embora, ele não ficava com ninguém. Porque ele só me conhecia, não conhecia ninguém. Mas foi legal. (Ana Louise)

Eu fiquei com ele, fiquei o tempo todo com ele. Esse daqui foi, participar de um filho, depois ser mãe canguru, é muito bom. Ele ficou dormindo. E era muito bom! (Cláudia)

A presença do companheiro, visitando e acompanhando todo o processo da internação, reforça e nutre todos os investimentos que ela realiza em relação ao filho. O pai, quando disposto, deve ser estimulado a colocar o bebê em posição canguru. Isso propicia a todos (mãe, pai e bebê) outra forma de interação compartilhada. Para o bebê, serão possibilitadas novas experiências proprioceptivas, perceptivas e, portanto, cognitivas. Para o pai, será facilitado um contato diferente que trará como repercussão uma proximidade maior com seu filho. Já para a mãe, será possível sentir-se acompanhada nessa tarefa e segura quanto ao apoio de que necessita (BRASIL, 2009, p.120).

Ana Louise relatou a vivência de mãe-bebê-pai canguru. O pai se dedicou intensamente à esposa e ao filho. O casal não conseguia deixar o filho 'sozinho', no leito para que a mãe pudesse ir fazer as refeições, tomar banho. Então, revezavam-se. Ele acabou por ser demitido, devido aos atrasos e falta no trabalho. Ana Louise também destacou a participação da avó-canguru.

Aí, ele foi demitido. Aí, ele ficava com ele para eu tomar banho, para poder almoçar. Ele vinha e passava o dia aqui com a gente. E, no dia da visita, a minha mãe também vinha. Ele ficava papai canguru. (...) Eu jantava mais cedo para poder dar tempo de ele poder ficar com ele e ele não ficar sozinho. Ele me ajudou bastante. (Ana Louise)

A terceira etapa do método canguru dá continuidade à assistência ao recém-nascido de baixo peso após a alta hospitalar. Nesse período, o bebê estará em cuidados domiciliares. A rede sociofamiliar de apoio que foi estabelecida enquanto a mãe estava acompanhando o bebê no hospital deve ser mantida. A participação do pai e de outros familiares deve ser estimulada e reforçada (Brasil, 2009, p.161). Yasmine descreveu a vivência do canguru como maravilhosa, e relatou a terceira etapa do método com a participação da família-canguru:

Fui direto para o canguru e eu fiquei no canguru uma semana só. Foi maravilhoso também. Cheguei em casa e fizemos bastante canguru com ele. Toda a família fazia canguru. Eu, a irmã, o irmão, o pai, todo mundo fazia o canguru. [risos] Era a família canguru! (Yasmine)

Ao se analisar a História de Vida das mulheres com filho pré-termo, um aspecto foi destacado exaustivamente por todas as depoentes — a questão da alimentação do pré-termo, incluindo as modalidades de oferecimento do leite e o processo de amamentação.

Isso aconteceu tanto pela evidente importância para o bebê, pois um “seio bom”, de modo geral, significa uma “maternagem satisfatória” (WINNICOTT, 2006, p.21). Como o cenário da pesquisa possui o título de Hospital Amigo da Criança, os profissionais estão empenhados em estimular e apoiar o aleitamento materno. Por vezes, a alta hospitalar é condicionada ao estabelecimento da amamentação exclusiva.

Os achados do estudo vão ao encontro dos obtidos por Alves (2006, p.112). Observa-se o quão difícil é vivenciar o processo da amamentação. Devido à prematuridade, a mamada ao seio não se dará de imediato. O bebê precisará ter condições mínimas de peso e maturidade. Além disso, terá que estar clinicamente estável, a fim de possibilitar a sucção ao seio, que exige coordenação e esforço.

Então, a amamentação do pré-termo apresenta peculiaridades. A maioria destes bebês, especialmente os que têm idade inferior a 34 semanas, em virtude da imaturidade, não pode ser levada direto ao peito. Teve que passar por todo um processo de estimulação e aprendizado e ser alimentado, inicialmente, através de sonda orogástrica.

As mulheres participaram dessa modalidade de alimentação, ajudando a segurar a seringa com o leite ofertado. Conhecendo o ritmo do bebê, Maria trocava sua fralda antes da dieta.

Aí, eu mudava [fralda] na hora em que elas traziam o leite para dar. Eu acordava e dava pela seringa. Ela ficou um tempinho bom com sonda. (Maria)

Maria relatou a sua dificuldade em ordenhar o peito e o medo de não ter leite para a sua filha.

Nossa! Eu tive muito medo, porque do peito eu até tive. E eu pedi muito a Deus para vir leite, porque o meu peito ficou grandão e não saía nada. E eu via até aquelas garotas enchendo o potinho para dar. O meu não saía, não saía nada. (Maria)

Lúcia aprendeu a realizar a ordenha para manter a lactação. E o seu leite ordenhado no banco de leite era oferecido ao filho através da sonda orogástrica, até que sua condição clínica permitisse oferecer o peito.

Aprendi como fazer... Como é que fala?... Do leite? [demonstra a ordenha, eu falo: ordenha] Isso, ordenhar o leite, essas coisas. Higiene, né. Ordenhar o leite, essas coisas, banco de leite. (Lúcia)

Com início da nutrição trófica, Ângela aprendeu a ordenhar o peito para oferecê-lo ao recém-nascido por gavagem. Só que a quantidade ínfima de 1 ml levava à dúvida do marido se o bebê conseguiria sobreviver com tão pouco alimento.

Eu dava 1 ml de leite a ela. Tirava do meu peito 1 ml. O pai dizia: ‘Com 1 ml não se cria, nunca vi falar que, com 1 ml, uma criança fosse se criar.’ (Ângela)

Com a coordenação da sucção-deglutição-respiração, os bebês começam a ser estimulados a sugar no peito, um processo que na maioria das vezes foi iniciado na UI.

Na UI, também foi tranquilo. Com 11 dias de vida, ele já veio pro peito. Aí, mamava igual a um coelhinho. (Beatriz)

As mulheres relataram essa trajetória da sonda à mamada no peito.

Mas, depois que ele saiu do soro já começou a pegar peso. Ele ficou com sonda poucos dias. Eu queria dar peito, nem no copinho ele chegou... Vinha o copinho pra ele, ‘Ih! Eu não vou dar o copinho pra ele não, que eu tô doida pra ir embora!’ ‘Bota ele no peito só pra lamber mãe’. Que lamber o quê, eu botei pra sugar mesmo. [risos] (Cláudia)

Mas quando pode ir pro peito, sei lá, foi gostoso. No início, eu ficava tão nervosa que eu só queria que ela pegasse. Ela não pegava. A boca dela era muito pequenininha. E as outras ficavam lá. Uns estavam mamando, outras compraram um bico de plástico. Eu não, eu não vou comprar isso não. Ela vai ter que pegar o meu bico mesmo. Mas aí, eu colocava mais à noite, sempre que eu podia tirar ela da incubadora, eu colocava ela no peito, para ela ficar puxando. (Maria)

As mulheres tiveram de aprender a alimentar o pré-termo. Por vezes, foi introduzido o copinho quando o pré-termo não conseguia sugar eficazmente ou diminuir seu esforço. Elas eram ajudadas pela enfermeira e fonoaudióloga:

A enfermeira me ensinou (...) a dar comida no copinho. Ela comia no copinho, ela começou a comer na sonda e eu dava na sonda, e elas me ensinavam tudo direitinho. Depois, comecei a dar no copinho. Depois, eu a coloquei para mamar. Quando ela começou a mamar, eu recebi alta e fui para casa com ela. (Ângela)

A fono me ensinou a dar mamá. (Ana Louise)

Foram as enfermeiras mesmo. Aquela... A fonoaudióloga... Ela ajudou bastante o negócio de botar no peito. Foi bem legal, ela ensinou a colocar no peito, essas coisas. (Carina)

Maria destacou a atuação da enfermeira em demonstrar para ela que a filha realmente estava sugando o peito, com saída de leite. A vivência positiva da amamentação na Unidade Neonatal fez com que houvesse continuidade em casa. Mesmo após o retorno às atividades laborais da mãe, a criança ainda mamava no peito. À época da entrevista, estava com três anos de idade.

E à noite o que eu fazia: eu tirava da incubadora e a colocava no meu peito. Ficava segurando e conversando com ela. Falava que ela tinha que pegar o peito porque era importante para a saúde dela, né. Que era o melhor para ela, conversava com ela. Foi quando ela começou a puxar e, para mim, eu achava que ela não estava puxando nada. Foi quando a enfermeira veio e falou assim: ‘Não, mãe ela esta puxando. Você quer ver?’ Foi quando ela colocou o dedo na boca dela e disse olha o tanto que ela já puxou. Foi

aí que eu acreditei que estava saindo. Aí, vi chegar leite mesmo quando eu cheguei em casa. Foi quando eu comecei a trabalhar. Voltava com ele cheio e começava. Até hoje, ela ainda mama. Só um peito, mas ela ainda mama. Quando ela fez 6 meses, ele rachou. Eu chorava, chorava mesmo de dor. Mas eu falei: ‘Eu não vou deixar de dar de mamar a ela.’ Aí, teve um dia que eu fiquei com pena porque começou a sangrar e eu não queria colocar o peito na boca dela. Aí, ela rejeitou esse peito, não quis mais. E o outro não. Até hoje ela ainda mama. (Maria)

Um aspecto importante destacado por algumas mulheres foi o condicionamento da mudança de setor (UTI para UI) e da alta hospitalar, com o estabelecimento da amamentação para cumprir o determinado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Ana contou que o médico condicionou a alta à amamentação. Então, ela imediatamente colocou o bebê para sugar o peito com sucesso.

Cheguei a amamentar na semana que teve alta. O médico chegou e falou que ele tinha que sugar. Para ter alta, ele tinha que começar a sugar. O médico falou: ‘A partir de amanhã, você tem que tentar botar ele no peito’. Aí, no dia mesmo que ele falou, eu botei e ele já começou a sugar. Engraçado, pra ele que nunca sugou, tava só no copinho, ele sugou até rápido. Ele começou, ele estava sugando bem aqui. Parecia que já sugava há muito tempo. (Ana)

Porém, Ana e Socorro relataram que em casa não conseguiram manter a amamentação exclusiva. O bebê chorava, parecia não estar satisfeito apenas com o peito. Elas então introduziram a mamadeira e, pouco tempo depois, a criança desmamou. Então, na verdade, a amamentação não estava de fato estabelecida. Não basta impor a amamentação na Unidade Neonatal, porque em casa a mulher introduz a alimentação artificial.

Aí começou a mamar. Só que depois foi pra casa. Por ele estar acostumado com copinho, ele mamava, mas assim tipo como se não ficasse satisfeito. Ele ficava chorando, chorando. Aí, ele ficava no peito e na mamadeira, ficava no peito e na mamadeira. Largou logo o peito, porque eu acho que a mamadeira é mais, né. (Ana)

Porque toda hora, de 3 em 3 horas tem que dar leite. O meu leite secou logo. Quando eu fui pra casa, talvez eu só tinha dado leite a ela uns 3 dias. Ela tinha muita fome, muita fome. Era muito fomenta. Até hoje ela é muito comilona mesmo. Então, o leite não dava. Eu gastei muito leite Nan 1, depois o 2. Aí depois, eu dei o leite Ninho. Aí que deu certo. A gente gastou muito, muito, muito mesmo. (Socorro)

Para Natália amamentar, foi dolorido. Então, após a alta introduziu a mamadeira.

Mamá é que não...[silêncio] Como assim? Ah, sei lá. Agora que ele não pega mais leite, não quer pegar mais. É que puxa muito e dói. Agora, tá na mamadeira. (Natália)

É desejo e incentivo ou imposição do aleitamento materno? Faz-se necessária uma reflexão acerca da conduta dos profissionais quanto à forma de pôr os bebês no peito a qualquer preço. Ângela, quando ainda na UI, relatou um embate com uma profissional da enfermagem que não ofereceu o complemento com leite artificial prescrito pelo médico.

Ruim foi um dia que eu discuti com uma enfermeira. Ela queria tirar o leite dela, porque a médica passou o leite do copinho e ela estava mamando, e ela passou o leite para tomar no copinho. A enfermeira chegou e disse que ia tirar o leite dela. Aí eu disse: ‘Como é que você vai tirar se foi a médica que deixou aqui escrito no prontuário dela, que ela tem que tomar o leite.’ Sem dúvida, se ela deixou, é porque a menina está precisando. Não, mãe, mas eu vou tirar... A senhora é médica? Se a senhora for, a senhora pode tirar. Mas se não, o leite da minha filha você não tira não. Porque eu vou dizer uma coisa à senhora: ‘Eu sou capaz de fazer qualquer coisa pelas minhas filhas.’ (...). Porque ela queria que eu desse só o peito, só o peito. Eu falei com a médica: ‘Eu posso ficar dando só o peito?’ Ela disse: ‘Não, mãezinha. Não está bom você dar só o peito ainda. Vai vir o leite para você dar, mas você dá primeiro o peito, depois você dá o copinho.’ Assim eu fazia. Mas tinha vez que ela não tomava nem todo o copinho, porque ela tinha mamado, né. Ela queria pouco. (...) Aí você fica uma pilha de nervos e vem uma pessoa dizer que vai tirar a comida da sua filha! Aí eu entrei em pânico e disse um monte a ela! Ai depois, ela saiu falando de mim nos corredores e eu escutei: ‘É isso aí, eu vou mandar essa otária dar uma papa de Mucilon®’.

Aí, não prestou não, eu até jurei bater na cara dela. Eu disse assim: ‘Papa de Mucilon® eu não dou não.’ Eu sei que eu discuti muito com ela e nesse dia, eu chorei bastante, bastante mesmo. Aí depois, nunca mais vi essa criatura. (Ângela)

Ângela explica que a filha mamou no peito o suficiente para que pudessem sair do hospital. Seu discurso é dúbio. Ora afirma que insistiu muito em dar o peito em casa (será a verbalização de um discurso correto para a pesquisadora?), ora disse ter leite no peito e usou medicação para suprimir a lactação e, depois que o leite secou, a bebê procura o peito.

Ela mamou muito pouco, ela só mamou mesmo para sair do hospital. Quando chegou em casa, ela não quis mais o peito. Ela mamou dois meses só, não quis mais o peito. Até agora, mês passado, eu ainda tinha leite no peito. Mas ela nunca quis, eu insisti, insisti, insisti, mas ela nunca quis. Você disse que ela só mamou no hospital para você sair? Ela tinha que mamar! Mas no hospital, ela mamava direitinho! Eu passei uma semana e ela mamando direitinho! Quando eu cheguei em casa, eu dava o peito a ela direitinho, aí quando foi umas duas semanas que eu tinha chegado, ela começou a fazer [brbrrrr, som que a bebê fazia] de que não queria, fazia jeito de vomitar, ela não queria. Eu insistindo, insistindo, insistindo e quando eu vim, eu falei com a pediatra: ‘Não insista, se ela não quer não insista, é porque ela não quer.’ (...) Aí eu deixei de dar e agora, depois que o leite secou, ela queria o peito. Depois que não tive mais leite porque tomei remédio para secar, ela queria o peito. E eu digo a ela que não pode. (Ângela)

Winnicott (2006, p.21) critica a excessiva valorização do aleitamento materno e aqueles que tentam obrigar as mães a amamentarem seus bebês. Tanto a mãe como o bebê sofrem com isso e experimentam um grande alívio quando, finalmente, passa-se à alimentação por mamadeira, como foi o caso de Ângela.

A ideia de amamentação abrange toda uma técnica de ser mãe de um bebê, de maternagem suficientemente boa. Porém, o ato de segurar (*holding*) e manipulá-lo (*handling*) é mais importante, em termos vitais, do que a experiência concreta da amamentação. Isto significa que existem

outras formas através das quais um bebê pode experimentar um contato físico íntimo com a mãe, desenvolver-se satisfatoriamente, sem vivenciar o aleitamento (WINNICOTT, 2006, p.21).

Na História de Vida de Indira há a ênfase na sua tentativa de manter a amamentação: ordenha, uso de bico de silicone, ida para casa em aleitamento. Porém, não conseguiu sustentá-lo. Ela procura justificativas na hipertensão, no estresse, na falta de orientação para ordenhar durante o tempo em que a filha estava na UTI. Relatou o seu sofrimento em não experienciar o idealizado da amamentação.

Então, como ela era muito pequenininha, tomava na sonda. Eu tentei amamentar e, assim, fiquei quase 2 meses. Quando ela passou no canguru, já ia fazer 2 meses. Foi por causa disso, eu fui para casa e eu ainda tinha leite. Mas não era aquele leite. Já não tinha muito leite. Eu estava tirando, ordenhando, tirando na bomba. Mas quando eu chegava aqui e eu não sabia e também não me informei sobre retirar o leite lá mesmo e dar para ela o meu leite. Se eu tivesse feito isso, eu poderia ter tido leite ou não. Acho que vai muito da maturidade da pessoa. E não consegui, não consegui ter leite mesmo. Eu até tento colocar ela, mas ela já não pega... Ela vai fazer 4 meses dia 12. Ela já acostumou com o bico de silicone e eu também não tenho leite mesmo. E eu queria muito, queria muito mesmo. [fica emocionada, embarga a voz] Dizem que é uma experiência maravilhosa você amamentar e tal. Mas eu acredito que foi por causa da pressão. Eu tive muito ruim e o meu nervosismo, a minha preocupação de ela estar ali e tudo. Sair logo. (Indira)

Existe toda uma questão cultural que norteia a amamentação e que perpassa gerações. Ainda hoje, embora proibida, pela IHAC, a prescrição de fórmulas lácteas continua a ser uma prática negativa quando se pensa em bem-estar da criança.

Só durante 3 meses. Eu não tenho quase bico, então ela não pegou. O leite era pouco também, eu fui dando mamadeira para ela. Aí, acabou largando o peito. Só mamou três meses. Mas, foi maneiro, foi gostoso. [risos] Eu queria que ela mamasse até hoje e não tivesse largado. Ela ainda fica brincando querendo mamar. A colega dela que é da mesma idade dela, fica mamando o peito da mãe. Ela vê e também

quer mamar, encosta a boca e fica lá. Daqui a pouco solta, pequenininho e tudo. Mas é muito bom, eu queria que ela mamasse até hoje. (Taís)

O filho de Juliana não conseguiu sugar na Unidade Neonatal, apesar de todo o estímulo da mãe e dos profissionais. Como já tinha atingido condições clínicas adequadas e peso, foi liberado.

Ele só não teve peito. Ele não aceitou. Ele saiu com quase 2 meses. Até a saída dele, eu fazia copinho, eu tirava mesmo o leite, ordenhava para ele e vinha um complemento. O copinho ele não aceitou, ele só queria sonda, tanto que quando eu fui para casa, o médico falou: ‘Eu vou te liberar’. (Juliana)

Duas entrevistadas amamentaram o bebê durante a entrevista: Isabela relatou uma vivência positiva. Já Andréia se mostrou muito cansada em conciliar amamentação e os afazeres domésticos.

[silêncio, dá o peito] — Você poderia falar como foi amamentá-lo? Ah, a primeira vez foi engraçado. [risos] Eu não sabia, né, segurar direito, pegar. Que doeu um pouco né, doeu quando pega assim. Mas agora eu já me acostumei a dar mamá. (Isabela)

[Amamenta o bebê] Ele ainda quer mamar... Você poderia falar sobre dar o peito? Ah, assim, eu amamentei todos. Só para a de 6 que não, porque ela ficou tomando na sonda. Depois, passaram para o copinho. Aí, eu dei mamadeira, né, quando chegou em casa. Esse aqui também dou mamadeira, mas peito também. Tem que ter muita paciência. Porque criança que mama no peito, se você tá fazendo uma comida, tem que parar pra dar peito. Se tá fazendo arroz, tem que parar pra dar peito. O meu mais velho era muito ruim, mamou até 4. Era só peito, peito, peito. Poxa é muito ruim! Não pegava mamadeira, nem chupeta. Esse aqui também não pega chupeta, não. A outra já pegava mamadeira e chupeta. Pô, tem que ter muita paciência. [silêncio] (Andréia)

Houve relatos de sucesso em amamentar por um período prolongado. Ana Louise amamentou até um ano, e Cláudia por quase dois anos.

Eu amamentei até um ano. Aí, um ano, ele largou o peito porque eu engravidei de novo. Ele largou o peito sozinho.

Aí, depois disso, ele nunca mais pegou peito. Aí, agora, ele mama mamadeira. (Ana Louise)

Amamentar foi bom demais! Amei demais! Não teve jeito, mamou até quase 2 anos! Direto. Acho que se eu não tivesse tirado o peito, ele mamaria até hoje. Que ele fala: 'Mamãe deixa eu ver o seu peito?' 'Tá bom filho.' Ah, muito bom... (Cláudia)

Estabilizado o quadro clínico, com o estabelecimento da respiração espontânea em ar ambiente, uma nova etapa começa a preocupar as mulheres: o ganho ponderal.

Porque na UI ele já foi se recuperando, já foi tirando os aparelhos. Depois, já veio a fase de pegar peso, né? Cada passo, né, cada passo que ele avançava pra mim foi uma experiência. (Lúcia)

De modo geral, os bebês pré-termo necessitarão permanecer no hospital até que adquiram 2.000 gramas, estejam clinicamente estáveis e sugando seio materno, o que representa para as mães um afastamento do convívio social e familiar.

Ela ficou um mês e meio, quase dois meses. Mas lá na UTI, ela ficou um mês. Aí, foi para a UI. Da UI, ficou menos de um mês. Aí, foi liberada com um quilo e oitocentos. O certo era dois quilos, mas o médico era legal e liberou com um quilo e oitocentos. Ela já estava mamando direitinho, estava ganhando peso legal, mas o certo era dois quilos para sair. (Taís)

Eu acho que no finalzinho, eu achei que ela ia ter alta na 6ª feira. Ela já estava ganhando um peso bom. Quando ela ganhasse 2 quilos, ela já ia ter alta. Ela começou a engordar 5 gramas. Eu acho que ela sentia a minha preocupação e ela engordou só 5 gramas a semana inteira. Eu fiquei nervosa. Meu Deus do céu, eu não acredito que agora no finalzinho! Então, quando foi no fim de semana, ela começou a engordar e quando foi na 4ª ela teve alta. Ela engordou de 3ª para 4ª feira (...) 60 gramas, chegou aos dois quilos e teve alta. Então, foi assim, tudo muito devagar. Para mim, foi uma eternidade. (Indira)

Guimarães e Monticelli (2007, p.633) afirmam que a ansiedade e a vontade de que o bebê fique bem e atinja o peso necessário para a alta hospitalar é esperada pelos pais desde o momento em que o filho nasce.

A alta condicionada ao peso foi um gerador de estresse materno. Denise relatou a angústia no momento em que as auxiliares de enfermagem vinham aferir o peso do bebê.

Fiquei com ele internada 22 dias, só pra pegar peso, só mesmo pra pegar peso. Ela dizia que ele ia passando, tinha dia que ele perdia peso. Aí, eu chorava. Eu queria ir embora. Eu queria ir embora, sair com meu filho nos braços. Aí a doutora vinha, olhava: 'Não, mãe, ele perdeu peso. Eu não posso dar alta pra ele. Só posso dar alta pra ele depois que ele alcançar 2 quilos.' Aí, eu ficava naquela expectativa. Todo dia, quando vinha pesar, vinha aquela enfermeira pra poder pesar, aquela expectativa do meu filho. Quando ele ganhava peso, eu ficava alegre. Quando ele perdia, eu ficava triste porque eu queria ir embora. Ao mesmo tempo, queria ir embora mas não queria deixar o meu filho aqui. Aí foi, até que chegou um belo dia e ele alcançou 2 quilos. (Denise)

Vitória conta que a enfermagem também partilhava a apreensão pelo ganho ponderal de sua filha e juntas tentavam prever a alta.

(...) as enfermeiras, a gente ficava contando graminhas. GANHOU quantos grammas? Aí, daqui a quantos dias então vai para casa e nada. Ao mesmo tempo que ganhava, daí dois, três dias, perdia aquilo tudo de novo. (Vitória)

O tempo de internação é vivenciado pela mãe do prematuro como um tempo de exclusão de sua vida familiar e social (MARSON, 2008, p.166). As mulheres referiram que, na Unidade Neonatal, os dias são longos e intermináveis.

Você pensa que nunca ele vai sair dali, pelo menos eu pensava assim. Vai demorar muito. (Clara)

Ao mesmo tempo eu achava que era um pesadelo, eu achava que aquilo nunca ia acabar. (Vitória)

Com o decorrer do tempo na Unidade Neonatal, as mulheres perceberam que existem outras que estão vivenciando a mesma

situação, que essa realidade também faz parte da vida de tantas outras famílias. Então, a troca de experiências com outras mães de pré-termo que vivenciaram situações similares, as ajudou a ter força renovada para lidar com a situação. Aos poucos, dialogando com esses pares, são levadas a uma melhor condição de aceitação e superação das frustrações, tornando o dia-a-dia mais ameno (GUIMARÃES e MONTICELLI, 2007, p.630).

Quando sai para a UI, sempre se escutam aquelas mães chorando no corredor. Aí, às vezes, a gente vai lá, dá até uma força, né? Chega outra que interna a criança também lá, fica triste. A gente também tem que passar a força que a gente teve pra elas, pra animar também. Tudo isso vai mexendo.(...) A gente chega, vai encontrando uma mãe com a outra, faz aquela amizade, entendeu? Aí, tudo que uma tá passando, a gente acaba passando junto com ela. Mas, graças a Deus, estamos firmes e fortes. (Socorro)

As mulheres formaram laços de amizade que continuaram e se estreitaram após a alta hospitalar.

Pois é, foi muito bem. Eu gostei e fiz muitas amizades. Eu me dava super bem com as meninas lá. A gente conversava bastante. Foi bom porque ajudava o tempo passar, a gente ficava distraído. (...) Mas foi muito bom, eu fiz bastante amizade e até hoje eu me comunico com elas, a gente liga para a outra, conversa. Vão à minha casa, vou à casa delas, a gente fez bastante amizade. Os meninos que nasceram tudo da idade dela eu vejo ainda. Sempre encontro com elas aqui também. (Ângela)

As mulheres jovens relataram que as mais experientes, com outros filhos, repassavam o seu conhecimento. Elas ensinavam as 'mães de primeira viagem' como cuidar do bebê, o que reforça o aspecto cultural da maternagem, transmitido pelas mulheres mais velhas para as novatas. É intergeracional, mesmo no ambiente hospitalar.

Depois que ela foi para a UI, tinha as enfermeiras do dia ensinavam a gente, mas eu já estava pegando com as outras mães. Eu fui aprendendo junto com elas. As enfermeiras ajudavam. Cada dia vinha uma enfermeira e ajudava, mas as mães mesmo que me ajudavam, porque era a primeira vez. (Taís)

No depoimento de Taís, fica explícito que o vínculo de confiança que ela estabeleceu com as mães mais experientes que permaneciam todo o tempo na UI. Apesar de a equipe de enfermagem estar disponível para ajudá-la com conhecimento técnico, há o rodízio dos plantões e dos setores de trabalho. Cada dia havia uma profissional diferente.

A mulher se sente sozinha no ambiente da Unidade Neonatal, sem poder trocar experiências de maternagem com familiares, no caso a mãe ou a sogra (NUNES, 2003. p.54).

O que evidencia a necessidade de valorização do entendimento das questões culturais que envolvem a maternagem. Na concepção de Leininger, as enfermeiras precisam aprender as questões culturais para poder ajudar as clientes a prevenirem doenças e manterem o bem-estar dentro de uma perspectiva cultural (LEININGER e MCFARLAND, 2002, p.5).

É necessário, no entanto, que haja uma adequação do conhecimento do profissional às expectativas das clientes, a fim de tornar o cuidado humano significativo e terapêutico, como aponta Leininger (LEININGER e MCFARLAND, 2002).

2.2 A experiência vivenciada da maternagem do filho pré-termo no lar

A História de Vida das mulheres com filho pré-termo revelou que a insegurança após a alta hospitalar e a necessidade de um cuidado materno diferenciado foram comuns a todas as entrevistadas. Independentemente do número de filhos, ou seja, se 'mãe de primeira viagem', ou com até cinco filhos; se jovem adolescente de 15 anos, ou adulta com 42 anos, com apoio da família, ou sozinha. Todas vivenciaram vicissitudes e alegrias para conseguir maternar seu bebê no lar.

O que se concluiu é que a chegada em casa do bebê não significa a imediata incorporação do novo membro à família, à comunidade. O pré-termo precisou de cuidados diferentes do bebê a termo e demandou tempo para que a mulher e a família se adaptassem à nova realidade, ao novo papel social e completassem, enfim, o rito de passagem do nascimento prematuro.

A alta hospitalar da Unidade Neonatal foi um momento de muita felicidade e comemoração. Finalmente, a mulher pôde festejar com a família a chegada do novo membro. Os relatos de Ana, Clara e Denise representam bem o sentimento das depoentes:

Mas, levá-lo pra casa foi um dos melhores dias da minha vida! Muito tempo que não acontecia uma coisa tão boa assim, foi ver ele ir pra casa! (Ana)

Aí quando chega em casa é uma curtição, tipo assim, parece que ele nasceu naquele dia! (Clara)

Quando ela finalmente deu alta, fiquei muito feliz. Estava saindo com meu filho daqui nos braços. Fui pra casa. (Denise)

Quando o bebê vai para casa, começa preencher o espaço planejado para ele. A mãe, ao vesti-lo com as roupinhas do enxoval, mesmo que enormes para o seu corpo diminuto, vê um bebê real vivo seu, não aquele da equipe de saúde só de fralda na incubadora. Taís

não permitiu que sua mãe levasse a neta. O privilégio de carregar o ‘troféu’ era seu, não podia partilhar com ninguém.

Ah, era muito pequenininho mesmo, e eu que queria carregar, não deixava ninguém carregar não. Minha mãe que veio me buscar, eu falei: ‘Não. Carregue as bolsas, que eu carrego ela!’ Muito pequenininha, as roupas de pagão dela não davam. A blusa era um vestido. (...) Enrolava naquele saco bem miudinho assim e ia. Muito bom! (Taís)

Mônica, quando recebeu da médica a notícia da alta, quis ir imediatamente para casa, com a roupinha que tinha no hospital, temendo que houvesse alguma intercorrência caso esperasse por algum familiar, ou fosse buscar o vestido guardado em casa para a tão esperada saída.

Eu levei ela para casa no susto. Eu tinha roupinha quando a pediatra disse: ‘Oh, mãe hoje ela vai ficar de alta’. Eu disse: ‘Hoje?’ Ela disse: ‘Hoje’. Eu disse: ‘Aí, meu Pai, ela não tem nada!’ E ela disse: ‘Se você quiser ir em casa...’ Eu falei assim: ‘Não, não, não preciso ir em casa não, eu espero!’ Aí ela deu alta. A roupa que estava dentro do armário, eu peguei e botei nela e levei para casa. Quando cheguei em casa, todo mundo assustado: ‘Que isso?! Você fugiu do hospital com a garota?!’ ‘Não, me deram alta. Eu peguei e vim. Vocês acham que eu vinha em casa?’ [risos] Porque eu achava assim, se eu for em casa e aí eu volto e acontece alguma coisa e ela não vai dar alta de novo, então eu não vou em casa. Porque uma menina que estava do meu lado, o filho dela teve alta, aí ela foi em casa, nisso que ela foi em casa, o filho estava vomitando muito, a enfermeira deu mamar e parece que ele começou a vomitar muito, aí os médicos vieram começaram a olhar e suspenderam a alta dele. Aí eu: ‘Caramba, eu não vou em casa não!’ (Mônica)

Na alta, as adolescentes deste estudo vivenciaram uma situação dúbia. Ao mesmo tempo em que adquiriram um novo status social ao tornarem-se mães, não são responsáveis legais pelo bebê. A sociedade, aqui representada pelo hospital, cobra um comportamento compatível com o de uma mulher adulta no cuidado do filho pré-termo. Por outro lado, infantiliza-a, pois exige que um familiar maior de idade assine a

alta. Beatriz precisou que seu companheiro e sua mãe viessem buscá-la. Telefonar para seus familiares foi um anúncio de celebração.

Sabe um dia que foi muito legal? Quando ele foi pra casa. Foi maravilhoso quando o pediatra chegou e falou assim: ‘Ele vai ter alta’. Eu cheguei e abracei o pediatra e falei assim: ‘Tá falando sério?’ Aí ele só olhou assim e eu falei assim ‘Eu amo o pediatra!’ [risos] Eu peguei rapidinho, arrumei ele, arrumei as coisas e falei ‘Vamos embora!’ ‘Não, você tem que esperar, que alguém tem que assinar porque você é menor.’ Eu liguei pro pai dele, liguei pra minha mãe, sei que eu liguei pra todo mundo lá de casa. Veio todo me buscar! Foi maravilhoso! (Beatriz)

Embora com grande desejo de ir para casa, algumas mulheres relataram medo de cuidarem sozinhas de seus filhos sem o aparato tecnológico e os profissionais de saúde. O que vai ao encontro dos achados de Guimarães e Monticelli (2007, p.633). A notícia da alta tornou-se um verdadeiro desafio para a mulher. Afinal, foram muitos e longos dias dentro da Unidade Neonatal, com uma equipe qualificada durante todas as horas do dia e da noite, garantindo a sobrevivência do recém-nascido e dando suporte para os seus requerimentos mais sutis. Vitória e Maria relatam sua apreensão com a alta:

Mas, ao mesmo tempo, eu saí com o coração apertado, porque aqui qualquer coisa que acontecia, estava todo mundo por perto... Então, eu sentia uma certa segurança, mesmo querendo ir para casa. Eu já não estava aguentando mais ficar aqui. Ao mesmo tempo, aquela insegurança de que se acontecer alguma coisa? (...) Aí, na minha cabeça aquilo, sabe? Eu sei que se criou uma sequela tão forte, que até hoje eu ainda não sei lidar direito com isso. Sabe, eu sinto que eu preciso até fazer um acompanhamento psicológico. Muita coisa bloqueou depois dessa experiência aqui. Vai ajudar mas, entendeu? (Vitória)

Eu fiquei com medo de ir para casa. Como é que eu ia tratá-la, cuidar dela, sozinha com um bebê, com medo que ela desse alta.... Foi aí que a diretora lá em cima falou assim: ‘Minha filha, você não quer ir para casa? Sua filha vai ficar aí e pode até pegar infecção, ela já completou, ela já está com 2 quilos, ela já passou de 2 quilos. Leva essa garota para casa!’ Foi depois que ela falou comigo, foi que,

é... Seja o que Deus quiser. Graças a Deus ela está aí.
(Maria)

Para as mulheres entrevistadas, se por um lado a volta para casa é um momento de êxtase, por outro é muito difícil. A partir da saída do hospital, a responsabilidade pela vida da criança estava em suas mãos. No momento da alta, Ângela saiu com a consulta de retorno agendada e uma ameaça de hospitalização caso a filha perdesse peso.

Foi bom demais, foi o dia mais feliz da minha vida. Eu cheguei no dia 23 de dezembro. Eu pedi muito a Deus para passar o Natal em casa com ela, quando ela saiu a médica falou assim: ‘Se ela perder um grama, quando você voltar, ela fica internada.’ Porque ela tinha que sair com 2 quilos e ela não saiu com 2 quilos. Ela saiu com 1.900 e pouco, 945 por aí. ‘Se ela perder um grama mãezinha, quando você vier daqui a 15 dias, ela fica internada de novo.’ (Ângela)

De acordo com Guimarães e Monticelli (2007, p.633), os pais referem que a alta hospitalar é descrita como “liberdade”, porém vem acompanhada de sentimentos de insegurança com relação ao desempenho materno e paterno no âmbito domiciliar. Afinal, em suas casas, são eles que terão que dominar todas as situações inesperadas que porventura vierem a acontecer.

A História de Vida das mulheres com filho pré-temo revelou o medo dos primeiros dias em casa. A insegurança em cuidar desse bebê frágil foi revelado por Denise:

Cheguei em casa, tratando dele direitinho. Aí, foi aquele problema. Como cuidar de uma criança prematura? Diz que criança prematura não é igual a uma criança de tempo normal, tem que ter mais cuidado, certo? Aí, como cuidar de uma criança prematura? Aqui eu tinha auxílio de enfermeiras, da doutora. Agora, quando chegasse em casa eu não ia ter, tinha que ser eu e eu mesma, né! Aí como cuidar de uma criança prematura? Procurei agasalhar, muito. Uma coisa que ele não ficava aqui agasalhado, ele ficava naquela incubadorazinha de fralda. Cheguei em casa comecei a agasalhar, fiz tudo ao contrário do que era pra ter sido feito. (Denise)

Morais *et al* (2009, p.27) destacam que, ao perceber o corpo da criança prematura como delicado e frágil, as mães podem se sentir despreparadas e incapacitadas para cuidar no domicílio, ou desenvolver uma percepção distorcida do filho, concentrando-se mais nas deficiências e vulnerabilidades do que nos recursos positivos presentes, e aí começam a superprotegê-los. Podem demonstrar apreensão de não saberem atender às necessidades do bebê ou expô-lo a situações de risco.

Maria e Taís relataram o medo de dormir à noite, velavam o sono das filhas, verificavam a todo o momento se respiravam, se estavam vivas.

Agora, levá-la pra casa, o primeiro dia, foi horrível. (...) Aí, eu ficava com ela, via se ela estava respirando, eu colocava aqui na minha barriga, ela dormia em cima de mim. Na verdade, ela até hoje dorme comigo. [risos] Agora está difícil tirar, porque ela não quer ir para a cama dela, ela não quer. Mas apesar disso gente ficou muito junto. (Maria)

Eu ficava toda hora olhando para ela para ver se ela respirava. Parava e ficava olhando para ela. Até hoje eu ainda faço. Ela dorme e fico olhando para ver se está respirando. Eu fico até hoje cismada. (Taís)

Em parte, esse comportamento tem a ver com o estado de preocupação materna primária. Mesmo as mulheres com filhos a termo e saudáveis fazem relatos semelhantes aos de Maria e Taís. Porém, como ainda estão impregnadas das vivências na Unidade Neonatal, isso fica muito mais evidente.

Flávia, a mãe adotiva, destacou as orientações recebidas no momento da alta, acreditando que não teria dificuldades, pois já era mãe de duas adolescentes:

No dia que ele saiu, ela [a enfermeira] me explicou tudo direitinho: o que é que fazia com ele, como é que seria, né. Como ela falou que eu já tinha duas filhas, não era tão diferente. Mas, ela explicou tudinho e eu fui seguindo. (Flávia)

Porém, quando Flávia relatou o seu dia-a-dia, ficou clara a dificuldade diante de um bebê tão pequeno. Ela teve de aprender uma nova forma de cuidar.

Agora, cuidar dele foi assim, mais ou menos. Eu já tive, foi depois que a minha filha já tinha assim, minha mais nova tem 14 anos. Foi uma experiência assim, que eles falam, tudo de novo. Uma de 14, e ele chegou, eu já tinha esquecido muita coisa. Como ele era prematuro, a atenção era redobrada, tudo dobrado assim. Mas, eu consegui me virar bem, em termos assim, o cuidado. Assim, primeiro eu não queria pegar, era muito miudinho, ficava naquele medo, aí minha filha ia comigo com ele no ônibus, pro médico assim. Muito miudinho, muito miudinho, quer dizer pegava ele com um bracinho só, então aquilo me dava um medo de passar nos lugares. Pra tirar a roupa, então porque era tudo muito miudinho, a gente ficava com muito medo de ficar tirando assim as roupas. Na hora do banho então! Acho que era pior, o banho assim, com medo de escorregar, muito miudinho. Ah meu Deus! Quando essa criança vai logo engordar e crescer rápido, pra poder... Que tinha medo, aquela bundinha... As fraldas, quase que caía nele, até as fraldas. (Flávia)

Braga e Morsch (2004, p.550) afirmam que em geral, a prematuridade está ocorrendo pela primeira vez na família, que, portanto, não conhece regras para cuidar de um bebê que nasceu em um tempo diferente. Angélica, Indira e Maria contaram que seus filhos foram os primeiros pré-termo da família. Diante da vivência inusitada, não tinham referência de maternagem.

Porque nunca também houve isso [prematuro] na família. (Angélica)

Porque na minha família inteira tem vários sobrinhos e netos assim e tudo. Nunca teve prematuro, e ela foi a primeira prematura na família. Então, é um caso que a gente não conhece. É uma história que a gente desconhece prematuro. Cuidados dobrados, né. É miudinha, e a gente não sabe como agir, como fazer. (Indira)

Na minha família, todas as crianças nascem de 4 quilos, de 3 quilos. Eu mesma nasci com 6 quilos. Então a minha mãe falava: 'Cuidado com o seu bebê, você é muito gorda e não

vai comer muito não.’ A minha filha nasceu com 1 quilo e 600. (Maria)

Interessante a observação de Maria quanto ao seu peso ao nascer e da família. Não é o peso adequado ao nascimento, seriam classificados como GIG (grande para idade gestacional). Essa ênfase no peso tem a ver com o seu bebê imaginário, gordinho, rechonchudo. O bebê real nasceu miúdo.

É clara a importância dos paradigmas culturais e familiares que ensinam como receber e cuidar de um bebê. Quando um casal concebe um bebê, já possui, no nível psíquico, muitos passos conhecidos que vão interferir na forma de tocar o bebê, cuidá-lo, amamentá-lo. Tudo isso já foi inicialmente vivido pelos pais quando eram bebês. Dessa maneira, as tradições e os mitos de cada família passam de geração em geração, fazendo com que um bebê, ao chegar, desencadeie lembranças e memórias de uma história anterior. Esses passos incluem as histórias passadas das relações afetivas existentes em ambas as famílias, que, ao unirem-se, permitem o início de uma nova história, que passa a ser narrada com esses mesmos personagens, mas acrescida de um novo integrante. E são as informações pré-existentes, junto às novas, que surgem com a participação do bebê, que vão favorecer referências para o desempenho das novas funções (BRASIL, 2009, p.27)

Porém, diante do nascimento prematuro, Wanderley (1999) destaca que, para a mãe, é como se, com este bebê diferente, seu saber inconsciente, a experiência passada de geração a geração pelas avós, mães, amigas e tias não valessem. O bebê se revela desde o início da sua vida como uma criança dos médicos, o que pode dificultar muito a interação com seus pais.

O conhecimento do cuidado popular poderá guiar, de forma benéfica e significativa, as decisões ou ações de enfermagem, quais sejam: Preservação ou Manutenção do Cuidado Cultural; Acomodação ou Ajustamento do Cuidado Cultural e Reestruturação do Cuidado

Cultural (LEININGER e MCFARLAND, 2006, p.8).

O cuidado do pré-termo tem algumas peculiaridades que diferem do a termo. É um saber novo, não vivenciado pelas mães e que precisa ser debatido com a equipe, para, a partir daí, fazer-se a reestruturação do cuidado com a família. A Reestruturação do Cuidado são “ações e decisões mútuas, assistenciais, de apoio, facilitadoras ou de capacitação que ajudam as pessoas a reorganizar ou modificar seu modo de vida” (LEININGER e MCFARLAND, 2006, p.8).

A História de Vida das entrevistadas revelou que a equipe de enfermagem neonatal estimulou gradativamente as mulheres durante a internação a assumir os cuidados de higiene, alimentação e conforto com o seu bebê. Porém, como esse processo aconteceu no contexto hospitalar, algumas incorporaram a rotina do setor, ou seja não ocorreu a Reestruturação do Cuidado Cultural.

Todas as depoentes referiram cuidar do seu filho, o que reforça o empoderamento durante a hospitalização. Por outro lado, vai ao encontro dos achados de Morais *et al* (2009, p.28), que dizem que o cuidar da criança é uma tarefa culturalmente delegada a mulher. Principalmente, quando se trata de uma criança prematura, que requer cuidados especiais. Ressalta-se que as avós e os pais ajudam a cuidadora, porém, no cuidado indireto, com ações facilitadoras.

Para Braga e Morsch (2004, p.550), a maneira de interagir com o bebê no ambiente intensivo também consagra um modelo atenção que ele poderá receber posteriormente junto à família, uma vez que é com a equipe profissional que a mãe aprenderá as novas referências do cuidado. Foi o que ocorreu com Ângela e Carina, que repetiram a rotina hospitalar em casa.

Eu tinha muito medo de não dar a alimentação certa dela, né? Mas eu dava tudo direitinho, eu me levantava de 3/3 horas. Do mesmo jeito que eu dava no hospital, eu dei na minha casa. Quando eu voltei, ela estava com mais de 2 quilos. (Ângela)

E assim, quando pequenininho, ele não dava muito trabalho, dormia bastante e foi direitinho. Como eu te falei, aqui eles falavam e davam o horário certo de eu dar mamã. Então, eu tava acostumada já a acordar toda hora, assim de 3 em 3 horas, foi bem simples. (Carina)

Ana Louise não conseguiu compartilhar a maternagem do filho com sua mãe, pois afinal foi ela quem aprendeu a cuidar de um bebê prematuro durante a internação, a não ser em momentos de extremos de adoecimento.

Aí, eu fiquei com ele um mês internada aqui. Aí depois, ele teve alta. Aí, eu fui pra casa e quem cuidou dele foi só eu, porque eu não aceitava ninguém. Assim, só quando ele estava doentinho, aí minha mãe me ajudava. Mas, eu é que sempre dei banho, fiz comida, cuidei sozinha. Aí agora, ele já está aí, está grande, está na escola. (Ana Louise)

Já Cláudia viu-se obrigada a aprender a cuidar do filho pré-termo no hospital porque não teria ajuda de sua mãe ou da sogra.

Porque eu fiquei sozinha aqui, quando eu fui pra casa aí não tinha ninguém, nem minha sogra, nem minha mãe, só eu. Eu fiquei cuidando dele sozinha, não tinha ninguém, por isso que eu cuidei dele aqui. Só fui embora quando ele ganhou alta, fiquei 24 dias aqui. Não aguentava mais ficar dentro do hospital. Mas, é muito bom. Eu aprendi muito. Hoje, eu não tenho medo de dar banho em criança, de cuidar de uma criança. Tudo foi por causa dele, que eu perdi muito o medo. (Cláudia)

Como Taís aprendeu a cuidar da filha na Unidade Neonatal, eventualmente pede ajuda de sua mãe. O seu marido não participa do cuidado da filha, mantendo-se no papel de provedor.

Até que eu cuidei fácil, porque eu sempre fazia, sempre sozinha. Eu não precisei da ajuda de ninguém para cuidar dela. Só na primeira vez, no posto, que a minha mãe foi junto comigo. Mas depois eu ia sozinha, fui sozinha, eu e ela. Eu pegava ônibus sozinha, e vamos! O meu marido trabalha e não podia ir junto com a gente, então fomos eu e ela sempre sozinhas, até hoje, para todos os cantos, eu e ela. Eu sozinha em casa... (Taís)

Andréia se ressentida de ser sozinha para criar seus três filhos. Sua mãe tem problemas mentais e não pôde lhe orientar. Queixa-se da sua sogra, pois ela ajuda, mas não compartilhou a responsabilidade pelo cuidado dos netos.

Quando eu tive a minha filha, eu queria que alguém falasse: “Oh, bota uma fralda assim, bota uma roupa assim”. Mas não tive mãe pra me orientar em nada. Eu sozinha pra tudo. Que nem o outro de 5 anos também. Foi eu sozinha pra tudo. Esse aqui também, a avó até ajuda um pouco, mas sou eu sozinha pra tudo, porque, quando a criança chora, você me dá. Aí, sou eu quem tem que descobrir se tá com dor de ouvido, com dor em algum lugar. Porque mãe é mãe, né. [silêncio] É muita responsabilidade. Mas, o que eu posso fazer pra eles eu faço. Do meu jeito, mas eu faço. O pai também. Viver não é mole não. [silêncio] (Andréia)

Ao analisar a História de Vida de Andréia vemos que ela e o marido foram usuários de drogas. Essa avó pode não ter assumido um papel mais presente na criação dos netos intencionalmente, para que seu filho e a nora pudessem amadurecer e, através da responsabilidade com o cuidado de seus próprios filhos, conseguissem motivação para cuidar de si próprios e ficassem ‘limpos’ (abstêmios de álcool e drogas). Isso porque, ela os abrigou quando fugiram dos traficantes da favela onde moravam, cedeu um quarto e permitiu que começassem a construir uma casa em cima da sua. Então, neste caso, quando a avó não cuidou dos netos, estava cuidando da família ao permitir que o casal de fato assumisse o papel de mãe e pai.

A chegada de um bebê no lar determina mudanças importantes nos diferentes membros da família. Surgem expectativas, planos e projetos junto com novas exigências de tarefas e de funções para cada uma dessas pessoas. Ocorre uma reorganização desse grupo, que possui os laços familiares como seu grande elo. Essas novas tarefas apresentam especificidades a partir dos paradigmas de diferentes culturas, mas possuem raízes universais quanto à formação de padrões interativos entre o bebê e seus cuidadores mais significativos (pais).

Todo bebê necessita e busca, já ao nascer, o reconhecimento de seu lugar na família. As rotinas, o tempo e o próprio espaço físico da família devem ser redimensionados (BRASIL, 2009, p.26).

Há mudanças nos padrões de relacionamento dos diferentes personagens da família. Os novos pais, além de abandonarem sua condição de filhos para assumirem seu papel de pais, colocam seus próprios pais no lugar de avós. Esses novos arranjos surgidos pela procriação e pelo nascimento de uma criança oferecem oportunidade para o crescimento individual e para o fortalecimento de todo o sistema familiar. As interações e as relações podem se enriquecer em função dessas novas vivências provocadas por tão grandes transformações (BRASIL, 2009, p.28).

O nascimento prematuro configura uma situação de crise que envolve todos os familiares que compartilham a história da criança. O que se observou nesse estudo é que as famílias se reorganizaram para receber o bebê e ajudar a mãe a desempenhar o seu papel. A mulher encontra-se fragilizada e busca habilidades para maternar o filho pré-termo. A maioria das depoentes referiu o apoio oferecido pelas figuras femininas, em especial suas mães. O que corrobora com a experiência de Moreira, Braga e Morsch (2003, p.87), mostrando que o suporte da 'maternagem ampliada' não se limita ao tempo da internação hospitalar, podendo ser muito mais extenso e decisivo no auxílio ao bebê e aos seus pais.

Quando eu o levei pra casa, eu já estava tranquila já, já sabia cuidar direitinho. Foi tranquilo. Em casa, foi até melhor do que ficar no hospital. Melhor em casa. A minha mãe também me ajuda, em casa. Mas agora eu já me acostumei já a cuidar, dar banho, fazer tudo isso. Eu gosto de fazer, mas às vezes a minha mãe faz. Quando eu estou fazendo alguma coisa, aí ela vai e dá banho nele e troca. Mas, quem mais faz sou eu. O pai também não está em casa, porque ele trabalha, mas quando ele está ele me ajuda a cuidar dele. (Isabela)

Eu que olho, eu que dou banho, eu que dou mamá, tudo sou eu. Mas a minha mãe ajuda... (Natália)

Ana referiu a ajuda da sua irmã e da sobrinha com filhos pequenos e com prática em cuidar de bebês.

Eu tinha gente para me ajudar. Eu também tinha minha irmã que tinha neném, tinha a minha sobrinha que tinha neném. Elas eram muito acostumadas a cuidar de neném. Ele já foi pra lá, já não foi tão pequenininho, já estava com 2 quilos e pouco, já estava com quase 2 meses, já não estava muito molinho como quando estava no hospital. (Ana)

Andreani, Custódio e Crepaldi (2006, p.121) recomendam que, antes da alta do bebê, é imprescindível que a equipe de saúde identifique, juntamente com os cuidadores, com quem de fato eles poderão contar, como eles construirão sua rede social de apoio. Cada vínculo da rede pode desempenhar mais de uma função, de modo que a tia materna, por exemplo, pode servir como ajuda material ao mesmo tempo em que participa como apoio emocional.

Indira e Juliana relataram o apoio de toda a família, em especial dos mais velhos, com mais experiência.

É assim, a família toda, é assim eu conto muito com a ajuda das minhas tias e da minha mãe. (Indira)

O pai me ajuda muito, graças a Deus que a gente se dá bem. Tem a minha sogra. Eu não posso reclamar, eu tenho pessoas, minha tia, minha mãe. Mas no dia-a-dia mesmo são meu sogro e minha sogra. Mas, quando eu preciso, vem todo mundo. Ah, estou precisando que vá alguém comigo ao médico, sempre aparece um. Estou precisando de alguém que fique com ele para eu levar o outro no médico, porque o outro pode estar com uma virose ou alguma coisa, sempre aparece um alguém. (Juliana)

A mãe de Beatriz trabalha, não tinha disponibilidade durante o dia. Foram suas irmãs que ajudaram, o padrasto a apoiou e o pai do bebê também participava. O seu pai, que não queria a gravidez (sugeriu que abortasse), fez as pazes com a filha após o nascimento do neto.

Fiquei um pouco insegura quando fui pra casa, porque a minha mãe trabalhava. Aí, eu que tinha que dar banho, eu que tinha que fazer tudo, eu ficava: ‘Será que eu vou conseguir? Será que eu vou ter forças?’ Mas, foi maravilhoso, minhas irmãs me ajudaram, o pai dele também, minha mãe. Tive total apoio de todo mundo da minha família. Depois que ele nasceu, meu pai, que não queria, começou a babar, ia lá em casa pra me visitar, foi muito bom [fala muito baixo]. (Beatriz)

A reflexão que se propõe nesta pesquisa é que, a partir do entendimento que a maternagem é um fenômeno cultural, aprendido, compartilhado e transmitido dentro da família, através das gerações, principalmente pelas mulheres, não se pode desprezar a vivência e o conhecimento das avós. Mesmo diante do bebê pré-termo, com necessidades diferenciadas das outras crianças cuidadas pelas várias gerações, as ‘pessoas mais antigas’ têm um saber que ajuda e conforta. Flávia relata a união intergeracional para cuidar do bebê.

A minha mãe ainda era viva, assim, quer dizer as pessoas mais antigas explicavam também: ‘Oh, tem que ser assim. Toma mais cuidado, na alimentação, de tudo’. Ela me ajudou bastante, mesmo não morando pertinho, mas ajudou! (...) Meu falecido marido, que na época estava vivo, ajudou muito também. Ele tinha mais prática com ele, ele tinha muita prática com criança, aí ele ajudou bastante. Minhas 2 filhas também. (...) Então, na hora de um banho, na hora de dar o que comer, aí um fazia, sabe? Todos já sabiam como é que tinha que fazer. Todo mundo ajudava. Na hora de dormir, eu dormia com muito cuidado. Porque não tinha berço quando chegou, então tinha que botar assim no meio, ele muito miudinho. Tinha que dormir numa posição só, eu e meu marido assim [demonstra com as mãos]. E eu não escutava quando ele chorava não. Porque ele nem chorava. Aí meu marido naquela atenção toda, no quarto dormindo: ‘Tá chorando o neném!’. Aí eu: ‘Tá chorando não. Ele: ‘Tá sim’! Aí quando eu virava assim pra olhar, estava gemendo. Aí, ele pegava e perguntava o que é que tinha, porque tava na hora de mamar, porque era novinho, então mamava. (Flávia)

Um aspecto importante destacado por dezenove entrevistadas foi a participação de uma figura masculina no cuidado da criança em casa. A

maioria delas mencionou o pai, indo além do papel de provedor. O que denota uma mudança nas concepções de gênero, família, paternidade e maternidade tradicionais. Apesar da dicotomia do mundo social entre as esferas macro associada à esfera pública (masculina) e a micro associada ao privado e às mulheres, a solidariedade entre os membros da família, independentemente do gênero, é tida como um modelo ideal.

Branco *et al* (2009, p.6) ressaltam que, ao falar em “pai”, deve-se incluir todas as figuras masculinas que são uma referência de cuidado e afeto para crianças e adolescentes, tais como: padrastos, avós, tios e namorados das mães.

O relato de Ângela ilustra tanto a participação do marido, como a superação do preconceito do homem cuidar do filho, ainda mais uma ‘filha mulher’:

E Ave-Maria, ele é um pai presente em tudo! Ele troca fralda, banha, dá comida, vem com o médico até comigo. Hoje, ele só não veio porque ele está trabalhando. Mas ele gosta de participar em tudo. Tudo dela ele participa, ele arruma, sai com ela. Aos domingos, ele diz: ‘Arruma ela aí que eu vou sair com ela’ e ele sai. Porque ele queria muito filho homem: ‘Homem eu posso sair, eu posso botar para fazer xixi...’ Eu digo: ‘A mulher é do mesmo jeito, você pode sair e colocar ela para fazer xixi do mesmo jeito, não faz vergonha.’ Ah porque é mulher, não posso colocar na frente dos homens. Eu digo: não bota na frente dos homens, leva ela num lugarzinho e bota ela para fazer xixi. Ah, se fosse homem era mais fácil. Não existe isso amor, de homem e mulher. Filho tanto faz ser homem como mulher. Agora ele diz: ‘É verdade.’ Ele leva, ele não tem vergonha, se ela quer fazer xixi, ele sabe a hora de trocar fralda, ele sai com ela sozinho, eu fico despreocupada. Dá mingau, ele faz mingau dela. Ele faz tudo. (Ângela)

O que se percebe é que com o arranjo familiar nuclear, ou seja, quando a família é formada apenas pelo casal, o pai é a única referência emocional e social da mulher. Como foi o caso de Cláudia.

Éramos só eu e o meu marido, éramos só nós dois que cuidamos dele. A gente ficava só, os três. Ele vinha todo dia aqui. Lá em casa a mesma coisa, ele acordava de madrugada, me ajudava. Eu não posso reclamar do pai dele

de jeito nenhum. Muito, iiiiiii! Minha irmã também fala: 'Nossa, o pai é nota 10', Porque ele cuida muito dele, muito. (Cláudia)

Nestes casos, é fundamental o envolvimento do seu pai, se possível desde a Unidade Neonatal para que ele também seja empoderado e habilitado a compartilhar os cuidados com a família. Ana Louise relatou a sua vivência com o esposo:

E quando chegou em casa foi a mesma coisa: dava banho, levantava de madrugada, pegava no berço. Me ajudou pra caramba. Tudo o que as enfermeiras me ensinaram, ele estava junto e aprendeu também. Aí, elas ensinaram pra nós dois. (Ana Louise)

Yasmine morava com o esposo e os filhos. Seu principal apoio no dia a dia em casa foi seu filho de 14 anos

Em casa, eu tive todo o apoio, principalmente do meu filho, que fez 14 anos agora. Ele é que anda, sai comigo, ele faz a fisioterapia desde pequeno esse aqui. Ele acorda pra fazer as coisas, eu tenho grande apoio tanto dos dois filhos e do marido. Mas o marido trabalha, ele passa muito tempo fora. Mas dos dois irmãos eu tive todo apoio, tive muito apoio mesmo. (Yasmine)

A vida de toda mulher modifica-se de muitas maneiras com o nascimento de um filho. De acordo com Winnicott (2005a, p.6), nos primeiros meses de vida do bebê, há uma dependência absoluta em relação ao ambiente (mãe). Gradualmente, com o seu desenvolvimento, evolui para a independência.

Não é porque é prematuro que é diferente. Nem sempre requer tanto cuidado. Pode ser uma criança nascida de 9 meses que requer os mesmos cuidados de um prematuro, entendeu? É isso! (Juliana)

Quando ocorre um nascimento prematuro, no entanto, o bebê fica mais tempo no estágio de dependência absoluta dessa mãe, por conta das consequências adversas da prematuridade. Como foi relatado por Vitória, cuja filha nasceu foi prematura extrema e até hoje demanda um cuidado materno diferente do bebê nascido a termo.

Foi uma experiência muito meio assim, é como um divisor mesmo na minha vida: antes e depois dela, entendeu? Focalizar assim no tratamento dela. Depois, abrir mão de muita coisa que eu queria fazer, mas sempre priorizando a saúde dela. (Vitória)

A História de Vida das entrevistadas revelou que toda a atenção da mulher se voltou para a necessidade imperiosa de um cuidado exclusivo do bebê pré-termo em casa. Então todas tiveram de parar temporariamente, ou em definitivo, a sua trajetória pessoal para devotar-se ao bebê. As adolescentes pararam de estudar, as adultas pararam de trabalhar, as donas de casa alteraram toda a sua rotina.

Carina destacou a mudança do seu estilo de vida. Anteriormente, ‘curtia as baladas’. Ela, porém, encara a perda da liberdade de sair à noite como amadurecimento pessoal.

A minha vida mudou. Antes, eu saía bastante e agora eu não saio. Vivo em função dele. Tudo, noite de sono, essas coisas assim. O que mudou foi isso, liberdade. Assim, eu cresci mais e agora eu estou mais madura por causa dele. (Carina)

Neste estudo, todas as adolescentes — Clara (15 anos), Natália (16 anos), Beatriz (17 anos) e Carina (17 anos) — estavam estudando e pararam com o nascimento prematuro, ou durante a gravidez devido ao risco de abortamento.

Clara, Nathália e Beatriz conseguiram retornar à escola por contarem principalmente com o auxílio e incentivo de suas mães. Como exemplificado no relato de Beatriz:

Minha vida parou totalmente para ele. Eu parei de estudar. Tô voltando, voltei esse ano. (...) Agora tô estudando, estudo à noite. Minha mãe o olha. Minha mãe, quando ela não pode, o pai dele olha. Eles revezam. (Beatriz)

A percepção de Beatriz de que sua “vida parou”, deve-se ao fato de que ela teve de mudar abruptamente o seu foco de atenção para dedicar-se ao filho. Estava vivenciando a preocupação materna primária, em que os interesses maternos estão voltados para o filho e, temporariamente, o

investimento em outros objetivos da vida cotidiana está muito diminuído ou ausente. Porém, esse estado psíquico pode ser prorrogado devido às necessidades do bebê pré-termo. Na adolescência, essa “parada” tem características diferenciadas. Isso porque, muitas vezes sem suporte familiar, a adolescente não consegue retornar à escola.

O aumento da gravidez nessa fase da vida, que, no contexto social vigente de percepção das idades e de suas funções, deveria ser dedicada à preparação para a idade adulta, principalmente relacionada aos estudos e a um melhor ingresso no mercado de trabalho, vem preocupando não só o setor Saúde, como outros setores que trabalham com adolescentes e, também, as famílias. Uma gravidez em idade precoce, desprotegida, podem trazer riscos para as adolescentes. O abandono do parceiro ou da família, a perda de unicidade com o grupo de iguais, a descontinuidade e mesmo a interrupção de projetos de vida e riscos materno-fetais são alguns destes riscos. (BRASIL, 2005, p.127)

As famílias, no entanto, cada vez mais, protegem as mães adolescentes e seus filhos, para que não mudem totalmente o seu estilo de vida e continuem trabalhando ou estudando. Essa proteção, porém, nem sempre ocorre, pois está relacionada a diferentes fatores, tais como os costumes familiares e os valores morais da sociedade onde acontece a gravidez, as dificuldades econômicas, sociais, familiares e a aceitação pela jovem, entre outros (BRASIL, 2005, p.27).

Carina teve uma gestação de risco e parou de estudar. Após o nascimento do bebê, passou a viver com o companheiro e não vislumbra terminar o 2º grau, ou trabalhar. Na identificação da entrevista, declarou-se do lar.

Depois que eu comecei a ter problemas na gravidez, eu parei de estudar. Estava terminando o segundo grau, estava no 3º ano do 2º grau. Parei. (Carina)

Com as mudanças na sociedade brasileira, a gravidez se tornou uma forma de constituir família, de mudar de *status* social, uma vez que a maternidade é valorizada socialmente e vista como elemento formador

da identidade, por meio da constituição de nova família (BRASIL, 2005, p.127).

Isabela, com 19 anos, refere ter ‘terminado os estudos’, pois concluiu o 2º grau, porém não tem uma profissão, nunca trabalhou. Planeja fazer ‘um curso’ para conseguir trabalhar e garantir o futuro do filho.

E eu só estou cuidando dele. Eu já terminei os estudos, o segundo grau eu terminei. Eu agora só estou cuidando dele, pra depois fazer um curso, procurar um trabalho quando ele estiver maiorzinho. Aí, eu vou garantir o futuro dele.
[silêncio] (Isabela, 19 anos)

Os ônus relacionados à maternidade e à constituição da família podem dificultar o progresso da escolarização das mães, afetando a sua inserção exitosa no mercado de trabalho, colaborando, assim, para a continuidade do ciclo de pobreza com todas as más consequências para a qualidade de vida dessas jovens. Os homens adolescentes, também, carregam o ônus de uma gravidez precoce, quando assumem a paternidade sem estrutura econômica, e às vezes emocional, para cuidar e educar um filho (BRASIL, 2005, p.127).

Dentre as dezenove mulheres adultas entrevistadas, dez já exerceram alguma atividade laboral remunerada, com carteira assinada ou autônoma. Destas, apenas metade conseguiu continuar trabalhando após o nascimento do bebê.

O fato de ter um contrato de trabalho e ser amparada pela legislação trabalhista facilitou a permanência no mercado de trabalho. Entraram de licença e conseguiram voltar após a organização da rotina de cuidados com os filhos. Foram os casos de Mônica e Vitória — professoras — e Cláudia e Yasmine — cozinheiras. Já Flávia é diarista, autônoma e viúva. Ela tem de trabalhar para prover o sustento de suas filhas.

Dentre as que pararam de trabalhar e não planejam retornar ao mercado de trabalho, estão Andréia, Socorro e Maria.

Trabalhei em loja, em casa de família, tem muitos anos. Eu não trabalho mais. Meu esposo é camelô, aí ele faz uns biscates também às vezes lá na Igreja. A gente vai vivendo né, com isso que dá. [silêncio] (Andréia)

Com três meses [de gestação], então eu já deixei de trabalhar. Eu trabalhava em casa de família, aí só com ela. Só com ela mesmo. (Socorro)

Fechou a fábrica e eu fiquei sem trabalhar. (Maria)

Já Juliana e Indira planejam voltar a trabalhar no futuro. Por enquanto, seus filhos ainda são muito dependentes e demandam cuidados diferenciados.

Eu cuido direto dele, não trabalho fora, fico só por conta dele. (...) Aí, eu preferi ficar em casa porque qualquer coisa eu corro e vou para médico. Então não dá para ficar trabalhando. Não posso assumir aquele compromisso e ficar faltando sempre, sempre, sempre. E ele requer isso, que eu fique faltando sempre, sempre, sempre. Então, agora não dá. (Juliana)

Que eu sou esteticista [autônoma]. (...) Ela está muito dependente de mim. Devido ao canguru, praticamente era só eu. Então ela está muito, muito dependente de mim. Eu não consigo ainda deixá-la. Eu acho muito novinha para deixar assim com alguém, ou colocar em algum lugar. E aí o meu marido mesmo não quer, pelo menos por enquanto. Ele acha que ela tem que crescer mais um pouquinho e se acostumar com os avós. E eu vou deixar com a minha mãe ou com a minha sogra. Porque assim, graças a Deus, não tem tanta precisão para eu ir trabalhar. Com relação a dinheiro, não tem tanta precisão. Então ele fala: cuida dela, fica com ela que até você e a gente achar que ela pode ficar com alguém. Então não estou conseguindo ainda porque ela está muito dependente de mim. (Indira)

Todos os bebês deste estudo receberam alta da Unidade Neonatal, com consulta agendada para o ambulatório da instituição, no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-Nato de Risco (NAIRR), para realizar o seguimento do recém-nascido de risco — ou *follow-up* utilizando a expressão inglesa.

Os programas de *follow-up* foram criados para suprir as necessidades dos egressos das UTIN, pois são crianças que permaneceram internadas por longos períodos e apresentaram uma variedade de problemas decorrentes da imaturidade (LOPES, 1999, p.6).

As crianças são cadastradas no NAIRR, mas as mães são orientadas a fazerem também acompanhamento dos filhos na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência. Conforme relatado por Taís.

E ela não teve doenças essas coisas assim. Só médico mesmo marcado, vem pra cá e no posto, mas de correr não. Só esses resfriadinhos, doença assim, febrezinha assim, que eu ia para a emergência, mas não era nada grave não... Tem coisas piores aí, mas o dela foi fácil. (Taís)

As crianças têm alta do NAIRR quando atingem o desenvolvimento compatível com sua idade. Porém, se necessário, podem ser acompanhadas até os cinco anos, como é o caso da filha de Vitória que à época da entrevista tinha 5 anos e 5 meses atendimento fisioterápico e fonoaudiológico. Após essa idade, são encaminhadas a outros serviços de reabilitação pediátrica.

O filho de Ana foi submetido à correção cirúrgica do canal arterial patente. Após a alta hospitalar, foi indicada a realização de ecocardiograma, quando foi constatada a remissão do quadro. A partir de então, faz somente as consultas de rotina.

Depois eu só levei para fazer exames. Ele já fez dois eco. Todos os dois não deram mais nada. Quando ele foi pra casa, ele tinha sopro ainda. Mas aí fez exame, tá tudo bem, só as consultas de rotina. Eu levo ao pediatra. (Ana)

O que foi observado na História de Vida das entrevistadas é que muitas delas cadastram e acompanham os filhos em diferentes serviços, com o objetivo de garantir a intervenção precoce para que as crianças possam atingir o seu melhor desenvolvimento de acordo com suas possibilidades.

Ele taí, grande já, mas é difícil. Prematuro tem muitos problemas, assim... Que ele sempre deu probleminhas assim, que eu trato dele aqui e como em outro hospital. (Flávia)

Lopes (1999, p.6) afirma que uma das queixas comuns dos pais de egressos de UTIN é a peregrinação em consultórios de diferentes hospitais em busca de um atendimento capacitado para atender a seu filho. Juliana e Socorro, com melhor condição financeira, fizeram um convênio médico particular para os filhos, mas continuam inseridas no NAIRR.

Assim que ele nasceu, a gente fez plano de saúde para ele. (Juliana)

A minha rotina era muito, de médico de 2^a a 6^a, de 2^a a 6^a... Agora que eu a levei para casa, depois que inteirou 1 ano, fiz 1 ano e 3 mês de fisioterapia. Fazia aqui e fazia noutro hospital. Eram 3 vezes por semana. Ela tem plano de saúde, então o plano cobria fisioterapia. Só que o dia que era pra trazer ela aqui eu também trazia, né? Aí, foi aquela coisa persistente, mas eu consegui. Hoje, ela é uma garota saudável, quase nem resfriado tem. Tomou todas as vacinas, tudo direitinho. Fala tudo, entende tudo o que você fala. (Socorro)

Socorro relata a peregrinação por vários médicos e a realização de vários exames diagnósticos e de controle.

Levei a vários médicos. Médico pra fazer exame da cabeça, da orelhinha, pulmão, tomografia e aí foram vários exames, né? Mas, glória a Deus, ela não tem nada. Ela reagiu otimamente. Mas, devo muito a Deus, porque... [silêncio] [suspira] (Socorro)

Vitória e Yasmine demonstraram a grande preocupação com o desenvolvimento dos filhos. Elas descreveram o atraso na aquisição de comportamentos compatíveis com a idade, e a alegria nas pequenas vitórias adquiridas com muita estimulação, força de vontade e determinação em busca de atendimento qualificado.

Ao mesmo tempo, pequenas coisas que os outros bebês fazem normalmente, para a gente, é um ganho. Ah, sustentou a cabecinha! Ah, sentou! Apesar de atrasado do

tempo cronológico do outro bebê, conseguiu! Não sei se vai andar, andou! Vai demorar a falar, falou! Mas, falou! Então, tudo para gente, a gente vê com outros olhos, sabe? Outra coisa... Para mim, foi mesmo uma experiência muito marcante mesmo. (Vitória)

O cuidado em casa é diferente, o cuidado em casa é diferente, é totalmente diferente... Porque ele faz fisioterapia porque eu não quero que ele atrase. (...) Então toda uma preocupação, do engatinhar, quer dizer, ele não engatinha assim com os bracinhos. Ele engatinha forçando. Eu tenho também apoio de lá da médica, que ele também tem uma pediatra em Itaguaí. (...) Conseguiu fazer fisioterapia lá, ele faz toda semana. (Yasmine)

A trajetória iniciada, de consultas médicas intermináveis com diferentes profissionais e tratamentos de estimulação precoce, expõe a família e o bebê a abordagens diversas, conselhos e posturas muitas vezes contraditórios, que podem colocar a mãe numa posição de dúvida constante quanto ao seu modo de exercer a maternagem (WANDERLEY, 1999).

Yasmine relatou que conseguiu cadastrar o bebê em dois serviços em município diferentes. Ela afirmou que geralmente os profissionais falam a mesma linguagem. Porém, não consegue controlar sua ansiedade e o medo de a criança adoecer ou ter complicações graves.

Ontem, estava conversando com o meu marido sobre isso. Ele vai fazer um ano amanhã, e quantas vezes eu saí com ele pra médico? Ele vai direto, ele tem alguma coisa, eu já vou direto... Acompanho aqui, eu vou lá e acompanho aqui também. Ele tem nutricionista lá e venho aqui também. É tudo acompanhadinho. — **Como é ter duas orientações?** Geralmente eles falam a mesma coisa, não tem muita diferença, não. Praticamente, a mesma coisa. Eles sempre falam a mesma coisa. Eles sempre falam que eu é que sou ansiosa, eu é que tenho que me controlar mais. Ele esta no tempinho dele, eu é que tenho que me controlar. (Yasmine)

A vivência de alimentar um bebê com refluxo gastroesofágico foi relatada por seis mulheres: Ana Louise, Yasmine, Indira, Flávia, Juliana e Socorro. Foram descritos em detalhes as inúmeras regurgitações, os

engasgos, o posicionamento da criança, a dificuldade de ganho ponderal e o medo da broncoaspiração.

O bebê de Flávia foi adotado, porém sua alimentação na Unidade Neonatal era administrada por copinho, um procedimento incoerente, pois sabidamente ele não seria amamentado. Por que então seguir o protocolo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança? Por que privar um bebê do conforto e prazer da sucção, que começou sua trajetória de vida privado do afeto da mãe biológica? Ele ficou internado por 64 dias, recebeu alta sem aprender a sugar na mamadeira e foi a família adotiva quem o ensinou, com muita dificuldade por conta do padrão de sucção e da presença do refluxo gastroesofágico. Flávia relata sua vivência em alimentá-lo no início:

Engasgava muito. Ficava muito nervosa, porque ele era muito miudinho. Ele teve refluxo, engasgava muito. Tudo eu ficava muito apavorada. Assim, ele muito miudinho. (...) Aí, eu sentava e ia naquela hora de madrugada. Porque ele não pegou logo mamadeira, porque aqui davam copinho, né. Então, era aquele pouquinho, tinha que dar aquele pouquinho, bem devagarinho. Então, tinha que ter uma paciência muito grande, de madrugada né. De acordar, ficar com a criança inclinada, aquilo bem pequenininho assim, ficar dando aqueles golinhos, até arrotar, então... Todos ajudavam, sim. Tinham paciência... (Flávia)

Flávia e sua família tiveram de adaptar o conhecimento prévio de alimentar um bebê, para a nova situação frente ao filho pré-termo com refluxo. É um exemplo de acomodação do cuidado cultural. São as ações e decisões que assistem, acomodam, facilitam ou capacitam o cuidado e que ajudam as culturas a se adaptarem ou negociarem com outros pelo cuidado congruente, seguro, e efetivo para sua saúde, bem-estar, ou lidar com a doença (LEININGER e MCFARLAND, 2006, p.8).

Indira descreveu sua dificuldade em interpretar se a filha estava com cólicas ou fome. À época com 3 meses de idade, ela regurgitava muito. Seu marido a ajudava reconhecer as necessidades da criança.

Às vezes, acho que ela está com cólica e é fome, porque ela está tendo refluxo e às vezes ela arrota quase a mamadeira

inteira. Então, dá fome mais rápido. Tem que ser de 3 em 3 horas mas, às vezes, não consegue esperar 3 horas. E aí, ele [marido] diz: ‘Dá um pouquinho de leite porque ela está com fome, é fome, ela está chorando muito porque é fome.’ ‘Você tem certeza?’ ‘Bota só para você ver.’ Eu dou leite, e ela pára. Aí, ele diz: ‘Não falei? Eu sei...’ (Indira)

Já o filho de Yasmine, com um ano de idade, apresenta um grau médio de refluxo. Não consegue ganhar peso, e mãe relatou a estratégia para adquirir o leite prescrito.

Ele estava com uma dificuldade muito grande de ganhar peso. Ele não ganha muito peso. Muito pelo contrário, ele perde devido ao refluxo, mas é um refluxo médio. (...) De conseguir leite, porque ele tem também um problema de refluxo, conseguiu leite, porque uma lata de leite é 20 reais! Eu consegui pela prefeitura de Itaguaí. (Yasmine)

Ana Louise, mãe de um menino de 3 anos e 11 meses, contou que, por conta do refluxo, o filho adoecia muito, porém após o completar um ano ele se curou do problema.

No começo, deu muito trabalho, sabe? Ele tinha refluxo. Ele vivia doentinho. Mas, depois que ele completou um ano, ficou como se fosse outra criança normal. (Ana Louise)

O refluxo gastroesofágico, de acordo com Tamez e Silva (2006, p.183), causa na criança, além do evidente desconforto principalmente na primeira hora após a alimentação devido ao movimento retrógrado do suco gástrico para o esôfago, perda de peso, crescimento lento (como o filho de Yasmine) e até pneumonia por aspiração (“Vivia doentinho” na fala de Ana Louise).

Por isso, é fundamental que a família aprenda a posicionar o bebê, durante e após a alimentação, como foi descrito em detalhes por Flávia, para minimizar os engasgos e vômitos, relatados por Indira.

Tamez e Silva (2006, p.184) relatam que, com o posicionamento e medicações anti-refluxo, a maioria dos bebês encontra-se sem sintomas aos 18 meses de idade.

Os problemas relatados por Juliana foram a intolerância à lactose e a grande demora em se alimentar que persistia até a data da entrevista (com 1 ano e 5 meses). Eles levavam a mãe à exaustão e causavam preocupação devido ao baixo peso do filho.

Ele levava duas horas para tomar uma chuquinha, ele não tinha sucção. Copinho, ele engolia muito ar e fazia refluxo, essa parte para mim foi a mais preocupante. (...) Em casa, eram duas horas cada chuquinha. Ele acabava na hora de tomar a próxima entendeu? Isso era a noite toda, o dia inteiro. Ele mamando, acabava uma e dava um tempo de meia hora. Fazia outra, dava, ele tomava uma chuquinha em duas horas, 60 ml em duas horas. Essa foi a pior parte! Até hoje, ele é ruim de comer. Essa foi a pior parte! Aí, ele teve intolerância à lactose. E aí, já não era mais o problema da sucção, era o problema da lactose e assim foi indo... Porque ele não é uma criança que se alimente bem, tudo dele é forçado. Eu forço o almoço, eu forço a janta, eu forço uma mamadeira. Ele não pode comer uma banana, ele não pode comer um biscoito, tudo ele engasga. Ele é uma criança normal, mas a parte alimentar dele é meio complicada. Não é todo mundo que vai ter paciência para alimentar ele. É uma criança de 1 ano e 5 meses com 8 quilos e 400. Como o pediatra fala, ele não é desnutrido, mas é muito abaixo do peso. Até por fator genético pode ser, como também pode ser por essa falta de apetite que ele tem. (Juliana)

Duas mulheres relataram episódios de broncoaspiração em casa. O marido de Socorro foi quem aspirou com a boca o leite regurgitado, um cuidado aprendido com a enfermagem da Unidade Neonatal que salvou a vida da bebê.

Mas em casa, ela estava o que, com 5 dias. De repente, estava no berço, engasgou com a golfada que veio junto. Ela ficou roxinha. Se não fosse o meu marido para chupar no nariz dela, acho que poderia ter perdido ela. Porque as 'moças' [enfermeiras] me falaram: qualquer coisa eu fizesse riba os bracinhos dela. Elas ensinam tudo. Na hora, foi aquele negócio. Quando ele puxou, veio a coisa que estava tapando o nariz dela. Levei de imediato para o médico. Mas, graças a Deus, não tinha ido nada para o pulmão. O médico falou que o risco maior é isso, ir para o pulmãozinho dela, que é tudo pequenininho, né? Não teve nada, graças a Deus. (Socorro)

A História de Vida de Denise mostra os descompassos de orientação quanto ao processo de amamentação. Ela seguia a conduta aprendida na Unidade Neonatal de oferecer o complemento por copinho após a mamada no peito. A amamentação exclusiva não foi estabelecida. Infelizmente, a criança broncoaspirou durante a administração do copinho, já com 8 dias em casa. Denise se culpa pelo leite insuficiente, por não ter introduzido a mamadeira e por ter exposto o filho a risco de morte. Ele foi internado em estado grave.

Dava o peito porque a doutora falou que a criança precisa mais do peito do que NAN®, mas eu tinha muito pouco leite. Não tinha leite suficiente, ele chorava, dava o peito. Ele começava a chorar, chorar, chorar. Então, parava de chorar quando complementava com o copinho, entendeu? Só que eu acho que era pra ter chegado em casa e dar na chuquinha e não no copinho. (...). Aí, eu continuei em casa com o mesmo ritmo daqui, aqui eles davam leite no copinho, né? Em casa, eu continuei fazendo a mesma coisa, foi quando ele engasgou, broncoaspirou, aos 8 dias em casa comigo. Aí, levei pra uma clínica perto da minha casa. Chegamos lá, eles deram os primeiros socorros pra ele. Só que é aquilo, eu não tinha convênio, eu não tinha nada. Então, tudo que eles usavam eu ia pagando. Foi quando a doutora chegou perto de mim e falou assim: ‘Mãe, tudo que você tiver usando aqui, vai sair caro pra vocês, é melhor levar ao hospital público’. Quando eles me botaram numa ambulância deles mesmo, não me cobraram nada, entendeu? Vendo a minha situação, já estava em desespero, a criança já perdendo assim a cor, entrei no hospital igual a uma desesperada. Aí, chegando lá, eles logo atenderam. O médico tentando de tudo. Ele teve duas paradas cardíacas, reanimaram. Mas, ele ficou todo intubado. Primeiro, ele ficou todo intubado, durante 9 dias. (...) Depois que tiraram aquele tubo dele, viram que ele estava conseguindo respirar por ele mesmo, aí tiraram da UTI, passaram pra UI. Aí, ele já ficou lá mais 2 dias. Depois, deram alta. (Denise)

A vivência de familiares com um prematuro no domicílio revela, de acordo com Moraes *et al* (2009, p.29), que não só o cuidar do corpo frágil e indefeso preocupa a família, mas o medo de a criança adoecer ou ter complicações graves.

Os problemas respiratórios referidos foram as pneumonias de repetição — por Ana e Socorro —, e as crises de bronquite — por Juliana e Carina.

Depois que ela teve algumas pneumonias... Acho que umas 3 pneumonias, com 4 meses, com 8. A última agora foi com talvez 1 ano e 4 meses, por aí. De lá pra cá, quando ela inteirou 2 anos, tudo mudou, tudo é mais fácil. (Socorro)

Vai muito a médico, assim da parte respiratória. Desde fevereiro, é uma bronquite eterna que nunca tem fim. Sexta-feira passada foi ao tratamento com alergista, devido a um resfriado com alguma virose. A imunidade dele é mais baixa do que do outro, que não me deu tanto problema. (Juliana)

Beatriz e Cláudia contaram que superprotegem seus filhos. Não conseguem impor limites e acreditam que isso se deve ao sofrimento da criança durante a hospitalização.

Isso mexeu muito comigo, tanto que hoje em dia eu não consigo brigar, não consigo gritar com meu filho. Sei lá, mexeu muito comigo, não sei se por eu ser nova, por tudo. (Beatriz)

Aí ele [marido] fala assim: ‘Você está botando ele perdido, porque você dá tudo o que ele quer e não é assim. Tudo o que ele quer.’ Porque eu acho que ele sofreu muito aqui. Ser furado, furou na cabeça, furou no pescoço, furou nas pernas, furou nos braços. Então aquilo, o maior sofrimento pra mim foi aí. Foi quando eles furavam, não achava pra botar no soro. Aquilo era o mais dolorido ver o bichinho gritando. (Cláudia)

De acordo com Monteiro (2003, p.28), o que acontece com essas mães que não entraram em estado de “preocupação materna primária”, por conta da hospitalização, é que, mais tarde, tentam compensar o que ficou perdido, através do comportamento superprotetor.

Para Winnicott (2000, p.402), essas mulheres passam por um período de adaptação às crescentes necessidades da criança na tentativa de corrigir as distorções do início: em vez de terem naturalmente os bons resultados da preocupação temporária inicial, elas

têm que passar por um período prolongado dedicado a adaptar-se às necessidades, ou seja, mimar a criança.

As mulheres com as crianças mais velhas, passadas as grandes turbulências, conseguem vivenciar com prazer a maternagem, orgulham-se seus filhos, como na fala de Lúcia e Cláudia.

E hoje eu olho pra ele assim, nem acredito. Eu nem acredito que eu passei pela aquela fase ruim, por aquela tristeza toda. Hoje em dia, eu olho o meu filho assim, lindo, gordinho, sabe esperto, bem esperto mesmo. (Lúcia)

O pessoal aqui falava: ‘Mãe, o seu filho vai ser muito inteligente!’. Eu falava assim: ‘Mas esse pinguinho de gente, desse tamanhinho vai ser inteligente aonde?’ Hoje eu posso dizer: ‘Muito! Tudo!’ Dia das mães, ele falou para mim assim: ‘Mãe, eu vou cantar uma música do Roberto Carlos — Como é grande o meu amor por você’. Eu falei assim: ‘Meu filho! [risos] Nossa!’ A professora ensinou. Quando ele chegou em casa que falou para mim, eu não aguentei. (Cláudia)

Para Winnicott (2005a, p.19), à medida que a criança cresce, vai se enriquecendo com novos elementos, o significado do termo “amor”:

- 1º. existir, respirar; estar vivo identifica-se a ser amado.
- 2º. apetite; aqui não há preocupação, apenas a necessidade de satisfação.
- 3º. o contato afetivo com a mãe.
- 4º. a integração (por parte da criança) do objeto da experiência instintiva com a mãe integral do contato afetivo; o dar passa a relacionar-se ao receber.
- 5º. afirmar os próprios direitos à mãe, ser compulsivamente voraz, forçar a mãe a compensar as (inevitáveis) privações por que ela é responsável.
- 6º. cuidar da mãe como ela cuidou da criança — uma prefiguração da atitude de responsabilidade adulta.

O menino, ao cantar para sua mãe “Como é grande o meu amor por você”, não apenas repetiu uma música aprendida, ele demonstrou o seu amor pela mãe, cuidou dela como foi cuidado, mostrou desenvolvimento rumo à independência emocional, porque sua mãe desempenhou uma maternagem suficientemente boa. Então, o filho de Cláudia, graças à sua devoção, conseguiu crescer, superar as

adversidades da prematuridade, ir para a escola e se relacionar com outras pessoas fora do ambiente familiar.

Cabe a toda a equipe de saúde servir como facilitadora da maternagem na Unidade Neonatal para que todos os bebês que necessitem de hospitalização na fase de vida de maior vulnerabilidade do ser humano consigam atingir seu pleno desenvolvimento, tanto físico como emocional. E para que todas as mulheres superem a ferida narcísica de ter um bebê diferente do imaginado, a tempo de exercer a maternagem suficientemente boa tanto para seu filho, como para si próprias.

No entanto, facilitar a maternagem não é ensinar à mãe um procedimento técnico que vise apenas a atender uma necessidade física do filho. Um ponto de partida imprescindível para que nossos atos tenham eficácia terapêutica é aprender a escutar o que as mulheres falam e como falam, o que as faz sofrer e as incomoda, como condição para que o profissional de saúde possa, junto a elas, localizar de que forma seu saber específico pode lhes ser útil. A ausência de escuta do discurso do outro, de sua singularidade e de sua demanda torna a maioria dos atendimentos um grande monólogo (BORGES, 1991, p.286).

Uma possibilidade é a utilização do método História de Vida, que permitiu nesse estudo vislumbrar a complexidade do processo maternagem do pré-termo, a partir do sujeito da ação — as mulheres.

Concordando com Leininger, o cuidado culturalmente adequado deve tornar-se parte integral da decisão da enfermeira ao prestar o cuidado ao bebê, à mulher e à sua família, promovendo um tratamento adequado à sua realidade e ajudando-os a enfrentar as adversidades da prematuridade (LEININGER e MCFARLAND, 2002, p.68).

Capítulo 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu a compreensão da experiência vivenciada da maternagem da mulher que teve filho pré-termo hospitalizado na Unidade Neonatal. A análise de suas entrevistas mostrou que a maternagem é um processo complexo, que envolve fatores psicológicos, culturais e sociais.

Embora as entrevistas tenham partido de uma questão norteadora, que versava sobre a experiência como mãe durante a hospitalização de seu filho pré-termo, as mulheres não se restringiram ao vivido na Unidade Neonatal, trouxeram à tona assuntos que enriqueceram o estudo. Com a adoção do método História de Vida, abriu-se um leque de possibilidades que não se havia cogitado ao iniciar a pesquisa. Pode-se ver outras dimensões da vida dessas mulheres e de seus filhos pré-termo, e refletir sobre a diversidade de fatores que podem influenciar a maternagem.

Diante da profusão dos depoimentos optou-se por realizar uma análise diacrônica e se percorreu a trajetória sonho-decepção-reconstrução da maternidade, até a vida em casa com seu bebê.

As mulheres falaram da instância do desejo consciente ou não pela vinda do filho. Houve relatos de gestações planejadas, inesperadas na adolescência, tratamentos para fertilidade, dolorosas perdas fetais/neonatais, tentativa de salvar o relacionamento conjugal, ou seja, construiu-se um mosaico com as diferentes motivações que resultaram na gravidez ou adoção do bebê.

Durante o período gestacional, algumas vivenciaram a calma. Então, o parto prematuro foi um evento inesperado. Outras enfrentaram a turbulência de carregar o rótulo de gestante de alto risco, foram hospitalizadas e conviveram com o medo de perder o conceito. Para elas ter um filho vivo, mesmo que pré-termo, foi uma vitória sobre a doença.

Vinte e duas mulheres vivenciaram o parto prematuro; uma adotou

um bebê pré-termo; quinze submeteram-se a cesariana; e sete tiveram parto vaginal. A antecipação cirúrgica do nascimento foi imperiosa para salvar a vida da mulher e/ou do bebê.

Com o nascimento do bebê a mulher transita do status de filha/esposa para o de mãe. Somente a partir da sua interação com o filho é que a maternagem sai do plano dos sonhos e se torna real. Porém, com a prematuridade, tanto a transição para o papel social e psicológico, como a maternagem aconteceram em um tempo diferente do parto a termo. Os eventos foram postergados.

Constataram-se como fatores que interferem negativamente para que a mulher possa exercer a maternagem do pré-termo:

Ausência ou pouco contato precoce logo após o nascimento — Devido à necessidade de cuidados para suporte de vida do bebê pré-termo, poucas mulheres tiveram contato precoce e esses foram rápidos. Duas depoentes só souberam que foram submetidas à intervenção cesariana, depois da melhora do seu estado de saúde. Todos os recém-nascidos foram encaminhados à Unidade Neonatal.

Demora em conhecer o filho — Quem primeiro visitou o bebê na Unidade Neonatal, na maioria dos casos, foi o pai ou a avó, que levava notícias para as mulheres quando impossibilitadas de ir conhecer o filho, e as ajudara a ir pela primeira vez a UTIN.

Luto pelo bebê imaginário — Diante do bebê real, as mulheres viam um ser miúdo e frágil, muito diferente do bebê imaginário. Cada qual, ao seu tempo, teve de lidar com a dor de ter um filho pré-termo e aceitar o bebê real.

Demora em vivenciar o estado de preocupação materna primária — Na UTIN, sem poder usufruir da interação prazerosa com o filho, como o olho no olho, pegar no colo, amamentar, a mulher vivencia a **preocupação médico-primária**, atém-se aos procedimentos, à tecnologia, à história clínica, tenta partilhar com a equipe de saúde tudo o que se refere ao seu

filho. É um rito de passagem que conduzirá à instalação da **preocupação materna primária**, quando a mulher, enfim, poderá cuidar, maternar o seu filho.

Imposição da amamentação — O condicionamento da alta hospitalar com o estabelecimento da amamentação foi gerador de stress. Algumas mulheres relataram que a criança “tinha que mamar”. Porém, em casa, o peito foi logo substituído pela mamadeira.

Como facilitadores da maternagem do pré-termo foram destacados na análise das Histórias de Vida:

Acompanhante no parto — Infelizmente, poucas entrevistadas contaram com a presença de um acompanhante, de sua escolha, para lhe dar apoio durante todo o processo do nascimento. Quem o teve referiu sua mãe ou o marido.

Participação do marido/companheiro — Neste estudo, a maioria dos pais ajudou a mulher a superar as dificuldades físicas e emocionais, para conseguir se dedicar em maternar o filho.

Maternagem ampliada — O que se observou nesse estudo é que as famílias se reorganizaram para receber o bebê e ajudar a mãe a desempenhar o seu papel. A mulher encontra-se fragilizada e busca habilidades para maternar o filho pré-termo. A maioria das depoentes referiu o apoio oferecido pelas figuras femininas, em especial suas mães. O suporte da **maternagem ampliada** não se limitou ao tempo da internação hospitalar, foi decisivo no auxílio ao bebê e aos seus pais.

Convívio com outras mulheres acompanhantes — Trocar experiências com quem estava vivendo a mesma situação ajudou as mulheres a superar as adversidades do dia a dia. Um aspecto interessante demonstrando o aspecto intergeracional da maternagem foi que as “mães de primeira viagem” relataram aprender a cuidar do bebê com as mais experientes na Unidade Neonatal.

Equipe da Unidade Neonatal — As mulheres consideraram de forma geral a equipe da Unidade Neonatal como um facilitador da interação mãe-filho, cada qual desempenhando a sua função, procurando falar uma linguagem única — promover o vínculo mãe-bebê e empoderar a mulher para que ela pudesse exercer a maternagem suficientemente boa.

Além das considerações acima, a pesquisa permitiu concluir que a experiência vivenciada das mulheres em relação à assistência de Enfermagem na Unidade Neonatal foi positiva quando as profissionais se aproximaram do seu universo e dos seus dramas, falaram a mesma linguagem, e perceberam as suas necessidades e a dos seus filhos.

Na maioria dos relatos, **a equipe de enfermagem foi facilitadora, contribuiu para o desenvolvimento da maternagem suficientemente boa.** Ajudou no primeiro contato mãe-filho seja no centro obstétrico ou na Unidade Neonatal. Apresentou o bebê real e o ambiente da UTI à mãe e aos familiares. Ensinou uma nova forma de cuidar de um bebê que nasceu antecipadamente, de modo que a mãe assumiu os cuidados e reestruturou a maneira de maternar aprendida no seu meio cultural.

Os conflitos entre as mulheres e a enfermagem aconteceram quando o aspecto técnico intervencionista predominou, em detrimento do humano sensível. É imperioso ver a mulher e o bebê pré-termo como seres inteiros, complexos, que estão num momento de extrema fragilidade física e emocional, inseridos no ambiente inóspito da Unidade Neonatal. Faz-se necessário criar espaço no cotidiano do cuidado para que as mulheres expressem seus sentimentos, facilitando o exercício da maternagem.

Esse estudo pôs em evidência a fragilidade do Sistema de Saúde. Observa-se que os serviços têm sido oferecidos de modo parcial a grande parte da população. Há um descompasso entre a avançada política pública e a escassez quantitativa e qualitativa dos serviços de atendimento perinatal de maior complexidade, que tem sido responsável pelo mau atendimento e por graus importantes de morbidade e mortalidade materna

e neonatal, em um elenco de agravos absolutamente evitáveis.

Conhecer a História de Vida das vinte e duas mulheres que vivenciaram o parto prematuro revelou aspectos importantíssimos que devem ser considerados nos níveis administrativos locais e regionais:

Peregrinação em busca de atendimento — Para algumas, o sistema de referência e contrarreferência funcionou. Diagnosticada a necessidade de intervenção, elas foram encaminhadas conseguiram a internação. Porém, outras mulheres percorreram uma via crucis na busca por atendimento qualificado, vivenciaram o fenômeno da peregrinação, desde as Unidades Básicas de Saúde, passando por maternidades, por vezes fora do seu município de origem, por sua conta e risco.

Lei Federal nº 11.108/2005 — Apesar do sancionamento da Lei do acompanhante, ela não é cumprida, as mulheres vivenciam sozinhas um momento de extrema fragilidade.

Violência institucional — Algumas mulheres deste estudo sofreram violência institucional em busca assistência nos serviços de saúde. Foram agredidas verbalmente pelos profissionais na procura de internação. Outras depoentes relataram sofrer humilhações para permanecer na instituição, enquanto os bebês estavam na UTIN, pois não há alojamento para as mulheres de alta obstétrica.

É necessário criar grupos de reflexão para a equipe de saúde, incluindo temas sobre violência institucional, relações de gênero, amamentação, modelos de cuidar e maternagem.

Há muito que evoluir para cumprir o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), que se fundamenta nos preceitos da humanização da assistência obstétrica e neonatal. Os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde, tão bem estruturados, não produzirão efeito se a postura da equipe de saúde continuar calcada estritamente no modelo biomédico focado somente para a cura.

Se o profissional não se colocar à disposição da clientela para

compreender suas reais necessidades, não atinge a visão holística necessária ao cuidado cultural defendida por Madeleine Leininger.

Um aspecto que me marcou nas leituras da obra de Winnicott foi seu profundo respeito por cada um de seus clientes e sua crença na capacidade de que cada um faz o melhor que pode para sobreviver, mesmo que pareça estranho e inadequado. E foi assim que eu fui encontrar essas mulheres com seus bebês nascidos pré-termo, consciente de que “em tais circunstâncias ela pode dar o melhor de si, e não mais que isso” (WINNICOTT, 2007, p.210).

A possibilidade do conhecimento da maternagem através das Histórias de Vida das mulheres com filho pré-termo permite apontar, então, que há necessidade da humanização da assistência à mulher e ao recém-nascido, de contemplar além da abordagem biológica, os aspectos sociais, culturais e psicológicos, e perpassar todo o período gravídico-puerperal e o seguimento da criança. A mulher deve ser ouvida, valorizada e respeitada como cidadã.

REFERÊNCIAS

- AGMAN, M.; DRUON, C.; FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, D. B. (org.). **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma, 1999.
- ALLIGOOD, M. R. e TOMEY, A. M. Importancia de la teoría para la enfermería como disciplina y profesión. In: ALLIGOOD, M. R. e TOMEY, A. M. (org). **Modelos y teorías en enfermería**. 5ª ed. Barcelona (Espanha): Elsevier, 2003. 14-31p.
- ALVAREZ, A. M. S. *et al.* Resiliência: um estudo com brasileiros institucionalizados. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v. 8, n. 1/2, p. 70-5, jan.-dez, 1998.
- ALVES, A. M. A. **A amamentação de pré-termo em um Hospital Amigo da Criança - contribuições da enfermagem a partir da História de Vida das mães**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Tese de Doutorado, 2006. 173p.
- ALVES, A. M. A. Quando o bebê que chega não é o sonhado. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003. p197-211.
- ANDREANI, G.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; CREPALDI, M. A. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, n. 24, p.115-26, dez, 2006.
- ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 03 nov. 2009.
- ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. Brasília: Universidade de Brasília. Tese de Doutorado em Psicologia, 2005.
- ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto Contexto Enferm**, v.16, n.1, p.120-8, jan-mar, 2007.
- ASSAD, L. G. **Entre o sonho e a realidade de ser transplantado renal**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado em Enfermagem, 1997. 128p.
- ATKINSON, R. **The life story interview**. Thousand oaks: Sage University Paper Series on qualitative Researchs methods, v. 44, 1998. 97p.
- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.19, n.2, p. 269-76, 2006.

BADINTER, E. **Um amor conquistado – o mito do amor materno**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. Reações Psicológicas nos Pais de Recém-Nascidos Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Pediatria Moderna**. São Paulo, v. 36, p. 242-6. Edição Especial. jun, 2000.

BANDEIRA, L.; OLIVEIRA, E. M. Representações de gênero e moralidade na prática profissional da enfermagem. **Rev. bras. enferm.**; v.51, n.4 p. 677-96, out.-dez, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1997, 229p.

BEKER, E. **Os bastidores de uma história: a expressão criativa de estagiários na prática do psicodiagnóstico interventivo**. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. 2002. 284 p.

BERGAMASCHI, S. F. F. **A vivência da puérpera-adolescente com o recém-nascido, no domicílio**. São Paulo: Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal, 2007.

BERTAUX, D. L'Approche biographique: sa validité méthodologique, les potentialities. **Cathies Internationaux de Sociologie**, LXIX p.197-225, 1980.

_____, **Los relatos de vida**. Barcelona: Bellaterra, 2005. 143p.

BOGOMELETZ, D. Sobre a tradução. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p10.

BORGES, S. M. N. Propostas para uma relação: profissionais de saúde e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**. v.7, n. 2, p 284-9, 1991.

BRAGA, N. A. e MORSCH, D. Cuidando da Família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). In: MOREIRA, M. E. L. *et al* (org). **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p 543-63.

BRANCO, V. M. C. *et al*. **Unidade de saúde de saúde parceira do pai**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), 2009. 24p.

BRASIL. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Série: Textos Básicos de Saúde, nº 7. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 20p.

_____, **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Série: Textos Básicos de Saúde, nº 6. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Editora Revista dos Tribunais, 1988. 270p.

_____. **Assistência institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991a.

_____. **Programa de assistência à saúde perinatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991b.

_____. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. **Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96** do Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2000.

_____. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 164p.

_____. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 32p.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente. Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Brasília. Secretaria de Estado dos direitos humanos. Departamento da criança e do adolescente. Brasília, 2002. 176p.

_____. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 28p.

_____. **Lei Federal nº 11.108/2005, Acompanhamento do parto**. Brasília, 2005.

_____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158p.

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 238p.

BRÊTAS, J. R. S.; SILVA, C. V. Mudanças na vida privada familiar: repercussões para maternagem e desenvolvimento. **Acta paul. Enferm.**, v.11, n. 1, jan-abr, 1998. p38-45.

BRIOSCHI, L. R.; TRIGO, M. H. B. Relato de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. **Ciência e Cultura**, v.39, n. 7 p631-637, jun.1987.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1316-27, set-out, 2005.

CAMARGO, H. M. **Empregada e a mãe: das dinâmicas da maternagem para uma maternagem dinâmica**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Dissertação de Mestrado Psicologia Social, 1992.

CARDOSO, F. S. *et al.* Maternagem. **Acta méd. (Porto Alegre)**, v.1, p.631-5, 1995.

CHAMILCO, R. A. S. I. **Práticas obstétricas adotadas pelas parteiras tradicionais na assistência ao parto e nascimento domiciliar na Amazônia Legal Santana, AP**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado em Enfermagem, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991. 164p.

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade — uma crítica a Freud a partir da mulher**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990. 319p.

CIPRIANI, R.; POZZI, E.; CORRADI, C. Histoires de vie familiale dans um contexte urbain. **Cahiers Internationaux de Sociologie**, v.LXXIX p253-62, , 1983.

COLIN, C.; MARTIN, C.; OUELLET, T.F.; BOYER, G. Extrême pauvreté, maternité et santé. In: COLIN,C. et alli. **Survivre et penser à sa santé en situation d'extrême pauvreté**. Montreal: Éditions Coopératives St-Martin, 1993. p 195-203.

COSTA, J. F. F. **Transparência psíquica: experiência de transformação materna, uma perspectiva psicanalítica**. Brasília: Universidade de Brasília. Dissertação de Mestrado em Psicologia, 2006.

COSTA, G.; KATZ, G. **Dinâmica das relações conjugais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

COUTINHO, M. I. A. **Educadoras infantis: o que pensam sobre questões de gênero?** Recife: Universidade Federal de Pernambuco. Dissertação de Mestrado em Educação, 2005.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2.ed, 8ª reimpressão, 1997.

DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acessado em: 03 de nov. 2009.

DEBERT, G. Problemas relativos a utilização de história de vida e história oral. In: CARDOSO, R. (org). **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. p141-56.

DENZIN, N. K. Interpretando as vidas de pessoas comuns: Sartre, Heidegger e Faulkner. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p.29-32, 1984.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003, 339p.

DIAS, I. M. A. V. **Os profissionais de enfermagem frente ao nascimento da criança com malformação congênita**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em Enfermagem, 2004.

DICTIONARY.COM. Disponível em:

<http://dictionary.reference.com/search?q=motherhood&x=14&y=8>.

Acessado em 18 nov. 2007.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p. 627-37, 2005.

ELYSEU JUNIOR, S. **Maternagem e personalidade: um guia para os pais**. Campinas: Átomo, 2000. 104p.

FALIVENE, R. B. N. **Maternando: intervenção terapêutica para potencialização da maternagem suficientemente boa**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Dissertação de Mestrado em Psicologia, 1997.

FENWICK, J.; BARCLAY, L.; SCHMIED, V. Learning and playing the game: women's experiences of mothering in the level II nursery. **J Neonat Nurs**. v.8, n.2, p. 58-64, 2002

FENWICK, J.; BARCLAY, L.; SCHMIED, V. Craving closeness: a grounded theory analysis of women's experiences of mothering in the special care nursery. **Women and Birth**. v. 21, n.2, p. 71-85, jun, 2008.

FLORIANO, E. C. S. **O grupo focal e os atos da fala na mediação de competências em adultos: um estudo junto a mães de deficientes visuais**. Brasília: Universidade de Brasília. Dissertação de Mestrado em Psicologia, 2006.

FÔNSECA, A. L. B.; BASTOS, A. C. S. Maternidade adolescente em contexto cultural: um estudo com mães adolescentes de duas comunidades (uma urbana e uma semi-rural) na Bahia. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v.11, n.1 p. 86-98, jan.-jul., 2001.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos — como a sociedade modela e reprime as mães**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999. 317p.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. **Rev. bras. enferm.**, v 58, n 4, p. 444-8, jul.-ago, 2005.

GENNEP, A. V. **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Vozes, 1978. 181p.

GLAT, R. **Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental**. Rio de Janeiro: Agir, 1989. 225p

- GLAT, R. **Ser mãe, e a vida continua...** 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir, 1994, 92p.
- GOMES, A. L. H. *et al.*. Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. **Rev. ginecol. Obstet.**, v.8, n.4, p. 205-8, , out.-dez, 1997.
- GOMES, M. A. M. Organização da assistência perinatal no Brasil. In: MOREIRA, M. E. L. (org). **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p 21-48.
- GONÇALVES, L. R. R. **A mulher portadora de DST: compartilhando sua vivência na consulta de enfermagem**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, 1999.
- GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 4, p. 626-35, out-dez, 2007.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5ª ed. Porto alegre: Artmed, 2009. 432p.
- HOCKENBERRY, M, J., WILSON, D., e WINKELSTEIN, M. L. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª ed. Elsevier, 2006, 1344p
- HOGA, L. A. K.; ALCÂNTARA, A. C.; LIMA, V. M. L. Adult male involvement in reproductive health: na ethnographic study in a community of São Paulo city, Brazil. **Journal Transcultural Nursing**, v.12, n. 2 p107-14, 2001.
- JUNG, M. E. G. **Maternidade e prematuridade : um estudo sobre a relação entre o desenvolvimento de prematuros e o desempenho da maternagem**. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado em Psicologia, 1985.
- KARINCH, M.; HARTLEY, G. **Você para mim é um livro aberto**. RJ: Qualitymark. 2008.
- KAKEHASHI, T. Y. Editorial. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.9, n. esp, p.15-16, 1996.
- KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em neonatologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, 392p.
- KLAUS, M. H. e KENNEL, J. H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 360p.
- KLUBER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios doentes**. Trad. Paulo Menezes. 9.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

KNUPP, V. M. A. O.; MELO, E. C. P.; OLIVEIRA, R. B. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do rio de janeiro no período de 2001 a 2004. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.1, p39-44, mar, 2008.

KOIFFMANN, C. **Paradoxos da maternidade na síndrome de Prader-Willi**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, 2005.

KRAATZ, E. S. The structure of health and illness in a brazilian favela. **Journal Transcultural Nursing**, v.12, n.3 p173-9, , 2001.

LACERDA, E. T. O atendimento do bebê — o relato da clínica. In: ARAGÃO, R. O. (org). **O bebê, o corpo de a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 151-63p.

LEININGER, M.; MC FARLAND, M. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practies**. 3.ed. New York: McGraw Hill, 2002.

LEININGER, M. M.: MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2ªed. Boston (USA): Jones and Bartlett Publishers, 2006. 413p.

LEININGER, M. *Homepage*. Disponível em: <<http://www.madeleine-leininger.com>>. Acessado em: 03 nov. 2009.

LICAN, C. Carências afetivas dos negros marron (Guiana Francesa): da maternagem de "Bricolagem". **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v.14, n.2, maio.-ago, 2004. p23-8.

LISONDO, A. B. D. Travessia da adoção: a ferida na alma do bebê. **Rev. bras. psicanál.**, v. 33, n. 3, 1999, p.495-514.

LOPARIC, Z. Esboço do paradigma winnicottiano, **Cadernos de História e Filosofia da Ciência**, v. 11, n. 2, pp. 7-58, 2001. <<http://www.zeljko.loparic.com>>.

_____. De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. In: FULGENCIO, L. (org.): *Filosofia da psicanálise*. **Natureza humana**, v. 1, pp. 21-47, 2006. Disponível em: <<http://www.zeljko.loparic.com>>.

LOPES, S. M. B. Organização de um programa de acompanhamento do recém-nascido de risco. *In*: LOPES, S. M. B. e LOPES, J. M. A. **Follow up do recém-nascido de alto risco**. RJ: Medsi, 1999. p5-16.

MACIEL, R. A.; ROSEMBURG, C. P. A relação mãe-bebê e a estruturação da personalidade. **Saúde e Sociedade** v.15, n.2 p.96-112, maio-ago 2006.

MARQUEZ, C. **O trabalho comunitário de saúde em Villa el Salvador (Lima/Peru); percepções das promotoras de saúde**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, 2000.

- MARSON, A. P. Narcisismo materno: quando meu bebê não vai para casa... **Rev. SBPH**, v.11, n. 1. p161-69, jun, 2008.
- MARTÍNEZ, J. G. *et al.* Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.2, p.239-46, mar./abr. 2007.
- MARTINS, M. O. D. **Mães adolescentes e o cuidado a seus filhos no primeiro ano de vida**. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, 1999. 106p
- MATHELIN, C. O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com ebês prematuros. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
- MELATTI, J. C. **Índios do Brasil**. São Paulo: EdUSP. 2007.304p.
- MELO, M. T. Estar grávida na adolescência: um estudo realizado no Hospital Regional de São José, SC. **Psicol. soc.**, v.13, n.1 p93-106, jan.-jun. 2001.
- MENEZES, D. C. S. *et al.* Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.3, 553-9p, mar, 2006.
- MINAYO, M.C. S. – **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5.ed. Hucitec – Abrasco, SP/RJ, 1998, 269 p
- MOLLOY, C.A.S. **Das mulheres e do desejo de filho, mais um pouco...** *In*: LEITE, N.V.A.(org). *Corpolinguagem: a est-ética do desejo*. Campinas (SP): Mercado de Letras, 2005.
- MONTEIRO, M. C. **Um coração para dois: a relação mãe-bebê cardiopata**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia. Dissertação de Mestrado, 2003. 103p.
- MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe, 1997. 346p.
- MONTICELLI, M.; OLIVEIRA, M. E. **Assistência de enfermagem ao recém-nascido no centro obstétrico**. *In*: OLIVEIRA, M. E. *et al* (org). *Enfermagem obstétrica e neonatológica*: Florianópolis: UFSC, CCS, 1999. p 56-73.
- MORAIS, A. C. *et al.* O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n.1, 24-30p, 2009.
- MOREIRA, M. E. L., BRAGA, N. A. e MORSCH, D. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 191p.
- MORENO, R. L. R. *et al.* Vivências maternas em unidade de terapia intensiva: um olhar fenomenológico. **Rev. bras. enferm.**, v 56, n 3, p.282-7, , maio-jun, 2003.

- MORSCH, D.; BRAGA; M. C. A. À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária em UTI neonatal. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 10, n. 4, p. 6624-36, dez, 2007.
- MOTTA, M. A. A maternagem e o seu espaço no Estatuto da Criança e do Adolescente. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v.2, n.1, p. 97-103, jan.-jun. 1992.
- MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Mãe Canguru. **Psicol. estud.**, v.10, n.1p.37-46, abr, 2005.
- NADER, P. J. H. **Atendimento em sala de parto**. In :NADER, S. S. e PEREIRA, D. N. Atenção integral ao recém-nascido: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2004. 160p.
- NEDER, R. M. **Ser professora : entre os ranços da maternagem e a profissão**. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Dissertação de Mestrado em Educação, 2005.
- NERY, I. S. *et al.* Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n.1p.67-73, jan-mar, 2006.
- NUNES, H. H. M. **O cotidiano de mães inseridas no método “mãe canguru”**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, 2003. 96p.
- OLIVEIRA, E. A. A.; HOGA, L. A. K. The process of seeking and undergoing surgical contraception: an ethnographic study in a Brazilian community. **Journal Transcultural Nursing**, v.16, n.1 p.5-14, 2005.
- OUTEIRAL, J. O. Prefácio à edição brasileira. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p9-12.
- _____, D. W. Winnicott: o homem e a obra. **Viver Mente & Cérebro**. Coleção Memória da Psicanálise nº 5– Winnicott. , 2ª ed São Paulo: Duetto Editorial, 2009. p.6-15.
- OXFORD. **Oxford advanced learner’s dictionary of current English**. 4ª ed. Great Britain: Oxford University Press, 1989.
- PARKER, R. **A mãe dividida — a experiência da ambivalência da maternidade**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1995. 366p.
- PEIRANO, M. G. S. **Rituais ontem e hoje**. Coleção passo a passo nº24. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- PIRES, Beatriz Ferreira. **Piercing, implante, escarificação, tatuagem, o corpo como suporte da arte**. [Dissertação, Mestrado em Artes] UNICAMP: Instituto de Artes, 2001.
- QUAYLE, J. Gestantes de alto risco: a atuação do psicólogo. In: ISMAEL, S. M. C. (org). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v.1, 2005. 280p.

- RANÑA, W. Prefácio. In: DUVIDOVICH, E.; WINTER, T. R. (org). **Maternagem: uma intervenção preventiva em saúde; abordagem psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p7-15.
- RIBEIRO, M. G. **Gestantes HIV positivo. A história de vida contribuindo para a assistência de enfermagem**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, 2000.
- ROZ, D. P. A importância do aleitamento materno para o recém-nascido e o desejo da mulher: impasse na pediatria. **Correios da SBP**. Ano 11, nº 1, p20-21, 2005.
- RUBIO, S. A. R. **Relato de mães de crianças com anomalia congênita sobre a assistência recebida na gestação: Um estudo comparado no Rio de Janeiro/Brasil e em Piura/Peru**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, 1999.
- SÃO BENTO, P. A. S. **Rasgando o verbo: a voz de mulheres submetidas à episiotomia**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, 2005. 176p.
- SANTOS, I. M. M. **O Olhar da Mãe sobre o Desenvolvimento de seu Filho no Contexto de sua História de Vida**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, 1998. 104p.
- SANTOS, I. M. M. Maternagem e atendimento à criança e à sua mãe. **Revista: Enfermagem Atual**. Ano 4, nº 19, p27-30, jan-fev, 2004.
- SANTOS, I. M. M. e SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.17, n. 4, p.714-9, out-dez, 2008.
- SANTOS, R. S. Maternagem X medo da maternagem: um problema de pesquisa ou da pesquisadora? **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v 5, n 1, p307-16, mai, 1997.
- _____. **Ser mãe de uma criança especial: do sonho à realidade**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em Enfermagem, 1995. 279 p.
- SANTOS, R. S.; GLAT, R. **Ser mãe de uma Criança Especial – do sonho à realidade**. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery / UFRJ, 1999. 154p.
- SANTOS, *et al.* O Método de História de Vida na Pesquisa em Educação Especial. **Rev. Bras.**, Marília, v.1, n.2, p. 235-250 (edição especial), mai/ago, 2004.

- SAYERS, J. **Mães de psicanálise: Helene Deutsch, Karen Horney, Anna Freud, Melaine Klein.** Rio de Janeiro: Zahar, 1992. 296p.
- SERRURIER, Catherine. **Elogio às mães más.** São Paulo: Summus, 1993. 140p.
- SILVA, L. J. **Encontros afetivos entre pais e bebê no espaço relacional da Unidade Neonatal: um estudo de caso à luz do método mãe-canguru.** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), 2007.
- SILVA, L. R. **Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social – história de vida de mães com sífilis.** Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em Enfermagem, 2003. 165p.
- SILVA, M. G. A. A. **O cliente renal crônico e sua adaptação a nova condição de vida.** Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, 1996. 115p.
- SOULÉ, M. O filho da cabeça, o filho imaginário. *In*: BRAZELTON, T. B. *et al.* **A dinâmica do bebê.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. 170p.
- SPINDOLA, T. **Trabalho feminino: muitos papéis, uma só mulher – ambivalência do cotidiano.** Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em Enfermagem, 2002.
- TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 253p.
- TANAKA, A. C. A. **Maternidade dilema entre nascimento e morte.** Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1995.107p.
- TAYLOR, L. S. A rites of passage analysis of the families' experience of premature birth. **Journal of Neonatal Nursing**, v.14p. 56-60, 2008.
- TEIXEIRA, E. T. N. **Adiamento da maternidade: do sonho à maternagem.** Rio de Janeiro; Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Dissertação de Mestrado, 1999. 74 p.
- TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, V. **programas nacionais de saúde materno-infantil, impacto político-social e inserção da enfermagem.** Rio de Janeiro: Tese de Doutorado, UFRJ, EEAN, 1993. 267p.
- VALENÇA, M. C. A. **Feminilidade em Freud e na contemporaneidade repercussões e impasses.** Recife: Universidade Católica de Pernambuco. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, p.2003.
- WANDERLEY, D. B. Prefácio. *In*: Wanderley, D. B. (org). **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade.** Salvador: Ágama, 1999.
- WEBER, F. Lares de cuidado e linhas de sucessão: algumas indicações etnográficas na França, hoje. **Mana**, v.12, n.2, out, 2006. p.479-502.

WELCH, A. Z. Cultura de los cuidados: teoria de la diversidad y da universalidad. In: TOMEY, A. M. e ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorias en enfermería**. 5ª ed. Barcelona (Espanha): Elsevier, 2003. 501-27p.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago. 1990. 222p.

_____, **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed. 1994. 460p.

_____, **Conversando com os pais**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 152p.

_____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago. 2000. 455p.

_____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes. 2005a. 247p.

_____. **O gesto espontâneo**. São Paulo: Martins Fontes. 2005b. 244p.

_____. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes. 2005c. 282p.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes. 2006. 98p.

_____, **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 268p.

_____. **A criança e o seu mundo**. 6ªed. 11ª reimpr. Rio de Janeiro: LTC. 2008a. 270p.

_____. **Pensando sobre crianças**. 1ª reimpr. Porto Alegre: Artmed. 2008b. 292p.

WINTER, T. R. Maternagem – conceituação específica. In: DUVIDOVICH, E.; WINTER, T. R. (org). **Maternagem: uma intervenção preventiva em saúde; abordagem psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p35-41.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica, uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

ZORNIG, S. A. J. *et AL*. **Os tempos da prematuridade**. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. 7, n. 4, 135-43p, dez, 2004.

ZVEITER, Marcele. **Contribuições ao documento da Organização Mundial de Saúde – “cuidados essenciais ao recém-nascido”:** **comentários sobre as implicações psíquicas**. [dissertação] Instituto Fernandes Figueira: Fiocruz, 2003, 162p.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada participante

Venho por meio deste consultá-la a respeito da sua participação na pesquisa que pretendo desenvolver neste hospital. Para tanto, cabe esclarecer os seguintes pontos:

Meu nome é **Inês Maria Meneses dos Santos**, sou enfermeira e professora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Atualmente realizando Curso de Doutorado na Escola de Enfermagem Anna Nery.

Sobre a pesquisa: Trata-se de uma pesquisa cujo título é: “*A maternagem de mulheres com filho pré-termo — bases para assistência de Enfermagem*” e tem como orientadora a prof^a Dr^a Rosângela da Silva Santos. Esta pesquisa resultará em uma tese de doutorado que me dará o título de Doutora em Enfermagem, importante para a minha carreira profissional e para melhor assistir a outras mulheres que também, tiveram filhos pré-termo.

Terá por objetivos: Compreender a experiência vivenciada da maternagem da mulher que teve filho pré-termo hospitalizado em Unidade Neonatal, e Discutir a experiência vivenciada da maternagem em relação à assistência de enfermagem recebida na Unidade Neonatal.

Os depoimentos da pesquisa serão obtidos através de uma entrevista aberta gravada em fita K-7, caso você concorde em fazê-lo. Será garantido o sigilo e o anonimato dos seus depoimentos, assim como o direito de retirar a sua fala após a gravação, caso seja essa a sua decisão, em qualquer fase da pesquisa, bem como o direito a receber esclarecimentos de quaisquer dúvidas que venham a surgir antes, durante e após a entrevista.

Esta pesquisa não trará prejuízo para você nem para seu filho.

Rio de Janeiro, de de .

Assinatura da depoente

Assinatura da pesquisadora

Contato da pesquisadora: Inês Maria Meneses dos Santos – telefone:

Contato da professora orientadora: Dr^a Rosângela da Silva Santos – telefone:

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – telefones: 2503-2024 / 2503-2026

APÊNDICE

RIO**Comitê de Ética em Pesquisa**

Parecer nº 05A/2008

Rio de Janeiro, 28 de janeiro de 2008.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vices-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Jucema Fabricio Vieira Lindaiva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 12/08</p> <p>TÍTULO: A maternagem de mulheres com filho pré-termo hospitalizado em unidade neonatal: bases para assistência de enfermagem.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Inês Maria Meneses dos Santos.</p> <p>UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Maternidade <input type="text"/></p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 28/01/2008.</p> <p>PARECER: APROVADO</p>
--	---

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
 Vice-Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa