



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Aldacy Gonçalves Ribeiro

**O SENTIDO DO SER-MULHER-PUÉRPERA NO MÉTODO
MÃE CANGURU**

**Salvador
2006**

Aldacy Gonçalves Ribeiro

**O SENTIDO DO SER-MULHER-PUÉRPERA NO MÉTODO
MÃE CANGURU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Lúcia Mendonça Lopes

**Salvador
2006**

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Ribeiro, Aldacy Gonçalves

*R367 O sentido do ser-mulher-puérpera no método mãe canguru /
Aldacy Gonçalves Ribeiro. – Salvador, 2006.*

119 f. : il.

Orientadora: Regina Lúcia Mendonça Lopes

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem,
Universidade Federal da Bahia, 2006.

1. Método mãe canguru. 2. Puerpério. 3. Saúde da mulher. I. Lopes,
Regina Lúcia Mendonça. II. Universidade Federal da Bahia. III. Escola
de Enfermagem. IV. Título.

CDU: 618.6

A minha mãe **Aldair**, que sempre sendo-com, esteve a me ensinar o caminho da verdade, humildade e doação.

A minha avó materna **Joseilda**, de quem herdei a coragem, a religiosidade e a força para enfrentar os desafios.

A minha avó paterna **Pomba**, que sempre admirei pela sabedoria na simplicidade, quando desde cedo me incluía nas reflexões políticas.

A **Tia Célia** (in memoriam), pelos aprendizados didáticos, pela confiança sempre depositada em mim, pelo estímulo à vida acadêmica. É da senhora de quem trago a veia docente.

A minha **Tia Vera**, pre-sença na minha infância, pelo cuidado e zelo.

Aos meus irmãos **Patty, Emília e Tico**, pela cumplicidade, disponibilidade, admiração fraterna, companheirismo e certeza do amor, daí carrego o sentimento de fraternidade ao próximo.

Ao meu pai **Wilson**, pela certeza das vitórias na vida, porto seguro que me ensinou a lutar pelos meus ideais.

Dedico esta obra a vocês, **mulheres e homens** que marcaram minha vida.
Vocês me ajudaram a compor o **ser-Aldacy-mulher**.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial a Deus pela magia que derrama no meu coração. A alegria, a gratidão, a sincronicidade, a expansividade, a conexão e o amor fazem do meu existir, graça.

A Nossa Senhora, mãe que sempre esteve a me ter no colo e a consagrar esta jornada.

À minha família pelo apoio, orações, confiança depositada em mim, porto seguro que está sempre me estimulando a construir o meu caminho com zelo.

À Dr^a Regina Lúcia Mendonça Lopes, querida orientadora, posso dizer que este nosso encontro foi envolvente e significativo. Para o admirado Rubem Alves, ensinar é um exercício de imortalidade. Acredita que de alguma forma continuamos a viver naqueles cujos olhos aprenderam a ver o mundo pela magia da nossa palavra. Com certeza, estará presente na minha vida, não só pelo seu relevante papel de mestra, como também, pela linda ser-Regina-mulher que tive o privilégio de conhecer.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Ensino Superior (CAPES), pelo financiamento de bolsa por quatro meses.

À Dr^a Benedita Maria Rodrigues pelo carinho e aceitação em contribuir para este estudo.

À Dr^a Climene Laura de Camargo pela disponibilidade em analisar esta produção científica.

À Dr^a Normélia Maria Freire Diniz, primeiro como querida professora, que me estimulou a repensar a subjetividade feminina sob a luz do psicodrama, segundo, pelas contribuições ao estudo e pelo olhar sempre atento e carinhoso em minha direção.

À Coordenação e a todos os professores da Pós-graduação da Escola de Enfermagem que contribuíram para o meu amadurecimento e aprimoramento profissional.

À Edivaldina de Sales Borges, Alzira Dias de Souza e Ana Cláudia Duran, secretárias da Pós-graduação, pela paciência e tranquilidade na condução dos seus serviços.

À Adriana, colega de turma do mestrado, hoje, amiga. Obrigada pela cumplicidade, pela sua fala, seu silêncio, sua atenção. Mergulhamos juntas na vivência acadêmica do feminino e descobrimos muito mais do que os nossos objetos de estudo.

Às colegas do mestrado, Sandra, Amália, Rita Rocha pela solicitude nessa caminhada de aprofundamento da saúde da mulher.

Às colegas feirenses, Aline Mota, Rosângela, Eva, Silvone e Juliana Freitas pela cumplicidade, no momento em que precisei fazer parte das viagens Feira-Salvador.

À Sarah, amiga multifacetada, poeta, jornalista, socióloga e, para mim, simplesmente amiga-irmã da alma. Fomos e somos, uma para outra, família na capital baiana. Às vezes, mãe

dando-me colo, outras, pai, estimulando-me com coragem; irmã, sempre cúmplice. Tenho certeza que a minha história não teria a mesma luz se não estivéssemos juntas desde a adolescência. Obrigada por fazer parte de mais essa vitória.

À amiga Raquel e sua, também minha, família, pelo lar concedido nos primeiros meses dessa caminhada, pela sua atenção e zelo, pelo carinho de Tia Norma, pelo humor de Tio Ronaldo, pela disponibilidade de Adriana, pela paciência de Renato.

À amiga Gina, pelo estímulo ao crescimento rumo ao auto-conhecimento.

Aos amigos Paulinho, Deybson, Cíntia, Leila, Camila, Lília e Rita Amorim, mesmo distantes fisicamente, pela torcida, palavras de conforto e confiança no meu potencial.

Ao amigo Bruno pela convivência nessa terra nossa e não nossa, pelas conversas e sempre acolhida.

Aos companheiros Buri, Mimoso e Dani pela forma especial de acolhimento, pelo lúdico, pela transcendentalidade vivida juntos.

À Johnny, companheiro dos últimos meses dessa jornada. Obrigada pelo reencontro com a vivência da minha espiritualidade, pelas palavras, pelo carinho, pelo colo, mesmo de longe.

À Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), centro acadêmico que me possibilitou trilhar pelo caminho científico, o meu carinho, o meu respeito e admiração.

Aos Professores da UEFS, em especial à Prof^a Maria Geralda Aguiar, mestra que incentivou a minha iniciação científica.

Às colegas da UEFS, Rita Amorim, Mirian Maciel, Márcia Sandra e Eliana Figueredo pelo carinho, cumplicidade no início desta jornada. Vocês tornaram a minha passagem pela UEFS, como docente, ainda mais prazerosa.

Às colegas da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Salvador (FTC), amigas Cristina Camargo, Bárbara Perez, Tânia Bispo, Eliana Ferraz, Lílian Guimarães, Patrícia Marques, Claudete Varela e Mary Galvão pelas concessões, pelo carinho, pela disponibilidade, pelo aprendizado. Amo ter encontrado vocês.

À Aline Veloso, querida aluna, obrigada pela atenção, disponibilidade e presença.

À Coordenação de Enfermagem e Chefia da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital das Clínicas pelas concessões nas escalas, sem as quais não conseguiria realizar minha coleta de dados.

Aos amigos da UTI, Gilmara, Rosane, Kathelene, Glícia e Maurício pela pre-sença, carinho, companheirismo desde o início dessa caminhada. Temos pela frente mais trinta anos para nos apoiar mutuamente.

Às colegas do hospital da mulher, Siomara, Petruska (in memorian), Anarilda, Karine Ventim, Vanuza, Valéria, Mirian, Carine Queiroz, Adna, Luciane, Eulália, Alessandra, Liliane, Railúcia pelo aprendizado e confiança depositada em mim.

À Direção Geral e Coordenação de enfermagem do Hospital da Mulher, pela concessão em realizar o estudo nesta instituição.

Aos trabalhadores de saúde do Hospital da Mulher, em especial, a equipe do Método Mãe Canguru, pela coragem, desprendimento e pela possibilidade do toque, também nas relações profissionais.

Às entrevistadas do estudo: Rosa, Natiele, Sulamita, Vitória, Renata, Tati, Meire, suas falas, seus silêncios, suas lágrimas, expressões faciais contribuíram muito mais do que para uma produção científica.

Eu apenas queria, agora, como diz o poeta Gonzaguinha, que vocês soubessem que aquela alegria ainda está comigo e que a minha ternura não ficou na estrada, presa na poeira. E aquela menina, é uma mulher, um ser em possibilidades, que colhe os frutos, flores do seu caminho.

Agradecer é mostrar gratidão, é reconhecer. E reconheço que a minha vida não seria tão abençoada se esses atores sociais não fizessem parte dessa história que continua a ser escrita...

RESUMO

O Programa de Atenção Humanizada ao Recém-nascido Prematuro e de Baixo Peso, mais conhecido como Metodologia ou Método Mãe Canguru (MMC), incorporado por várias maternidades brasileiras, preconiza precoce e constante contato pele a pele entre mãe e recém-nascido, pelo tempo que ambos demonstrem ser prazeroso e suficiente. Tem como objetivos: aumentar o vínculo mãe-filho; estimular o aleitamento materno; melhorar o controle térmico de prematuros; reduzir o número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários; diminuir os índices de morbi-mortalidade neonatal e favorecer aos pais maior competência e confiança, quando do cuidado domiciliar. É uma estratégia do Ministério da Saúde que prioriza a atenção ao recém-nascido, mas que tem como protagonista a mãe. Vivenciando o cotidiano hospitalar com as mães no MMC, percebia-se a ansiedade quanto ao afastamento do convívio familiar, medo do agravamento do quadro clínico do recém-nascido, a culpa pelo nascimento prematuro, os momentos de explosão de alegria e/ou tristeza pelo ganho ou perda ponderal do (a) filho (a), a preocupação com a vida conjugal, situações somadas à multiplicidade de papéis, agora socialmente mais cobrados, devido a nova constituição familiar. Este estudo fenomenológico tem como objeto o *sentido* do ser-mulher-puérpera no Método Mãe Canguru e objetiva compreender a vivência de mães na 2ª fase do MMC. O referencial teórico é baseado em estudiosas (os) da temática e o referencial teórico-filosófico foi iluminado pelo pensamento heideggeriano expresso em *Ser e Tempo*. A entrevista fenomenológica foi realizada no alojamento canguru de um hospital público do interior do Estado da Bahia, tendo como depoentes mães inseridas na segunda etapa do MMC. As questões que nortearam a entrevista foram: Como é para você ser mãe deste bebê prematuro? Como tem sido participar do Método Mãe Canguru? Na interpretação hermenêutica, compreendeu-se que o *sentido* de ser-mulher-puérpera no MMC, em seu cotidiano vivencial, foi desvelado pelo temor, pelo falatório, pela solicitude, pela angústia, modos de ser essencialmente ligados à temporalidade expressos nas falas, nas lágrimas, nos sorrisos, nos silêncios, enfim, nas situações que mostraram o modo de ser de cada uma. O estudo poderá beneficiar a unidade hospitalar envolvida, a estruturar melhor as etapas desta metodologia de humanização, conhecendo o significado em ser-mulher-puérpera no MMC, além de contribuir para ampliar a reflexão da comunidade acadêmica e de saúde quanto à forma de implementação do Método. Destaco a importância deste Método para a saúde da criança e para o aumento do vínculo familiar. Todavia, há de se considerar que, para seu pleno êxito, a vivência da mulher nele inserida deva ser valorizada.

Palavras-chave: Método Mãe Canguru; Puerpério; Fenomenologia

ABSTRACT

The Humanized Attention Program to the Premature and Low Birth Weight Infant, more well known as Kangaroo Mother Care Method or Methodology (KMC), was incorporated by many Brazilian maternity hospitals. It advocates early and constant skin-to-skin contact between mother and newborn, by the period that both of them demonstrate to be pleasurable and sufficient. Its objectives are: to increase the mother and child link; to stimulate the maternal breast-feeding; to improve the thermal control of premature children; to reduce the number of newborns in intermediate care units; to diminish the rates of neonatal morbi-mortality; and to give to the parents more competence and confidence, when dealing with the home care. It is a strategy of the Health Department that advocates the new-born, but has as its protagonist the mother. Experiencing the hospital everyday life with the mothers in KMC, I realized the anxiety concerning the distance in the familiar involvement, the fear of the aggravation of the newborn clinical panorama, the guilt by the premature birth, the moments of explosion of happiness and or sadness for the gain or loss of the child, the worry with the conjugal life, situations added to the multiplicity of roles, now socially more required, due to the new familiar constitution. This phenomenological study that has as its object the *sense* of being a puerperal woman in the Kangaroo Mother Care method, and its objective is to understand the mothers experience in KMC. The bases of the theoretical referential are studious of the theme and the philosophic-theoretical referential was enlightened by the heideggerian thought expressed in *Being and Time*. The phenomenological interview took place in the kangaroo accommodation in a public hospital in a Bahia State interior, having the declarations of the mothers inserted in the second phase of KMC. The following questions that directed the interview were: How do you feel being the mother of a premature baby? How do you experience your participation in the Kangaroo Mother Care method? In the hermeneutic interpretation, comprehended that the *sense* of being a puerperal woman in KMC in her everyday life was uncovered by the fear, by the talk, by the helpfulness, by the anguish, ways of being essentially linked to the temporality, expressed in the speeches, in the tears, in the smiles, in the silence, anyway, in situations that showed the way of being of each woman. The study can be benefit to the hospital unit involved, giving a better structure to the stages of this methodology of humanization, knowing the meaning of being a puerperal woman in KMC, beyond to contribute to amplify the reflection of the academic and health communities related to the way of implementation of the Method. I bring out the importance of this Method to the child health and to the increase of the familiar link. However, we have consider that for the full success, the experience of the woman in the method has to be highly valued.

Keywords: Kangaroo Mother Care method; Puerperal; Phenomenology

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O MÉTODO MÃE CANGURU	17
2.1 DO PARADIGMA TECNOLÓGICO AO HUMANISTA	17
2.2 DESAFIO DE MUDANÇA DE UMA PRÁTICA	27
3 MATERNIDADE E ADOLESCÊNCIA	35
3.1 CONFLUÊNCIA DE SITUAÇÕES DE CRISE NO MÉTODO MÃE CANGURU: COMO RECUPERAR O VÍNCULO?	35
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA	50
5 ABORDAGEM METODOLÓGICA	55
5.1 ADERÊNCIA DO MÉTODO EM HEIDEGGER AO OBJETO DE ESTUDO	55
5.2 A VIVÊNCIA DA AMBIENTAÇÃO E A DESCRIÇÃO DO LOCUS DO ESTUDO	56
5.3 APROXIMAÇÃO AO SER-MULHER-PUÉRPERA	59
6 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA	64
6.1 A COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA	64
6.2 A HERMENÊUTICA HEIDEGGERIANA	77
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	99
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	100
APÊNDICE C – DEPOIMENTOS	101
ANEXO A - OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	120

1 INTRODUÇÃO

Pra mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer
(ODENT, 2000).

O cenário do nascimento prematuro é marcado por fortes emoções, conflitos e sentimentos, envolvendo o ambiente da unidade neonatal e todos os seus integrantes, quais sejam, o recém-nascido, os pais, seus familiares e a equipe profissional. Cada um desses apresenta, nesse momento, determinado grau de vulnerabilidade, bem como necessidades particulares e específicas que devem ser atendidas, a fim de se criar um ambiente mais favorável e com interações mais terapêuticas (BRASIL, 2002).

No mundo, nascem anualmente vinte milhões de crianças prematuras e com baixo peso, sendo que dessas, um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, sendo também comuns aos recém-nascidos (RNs) os problemas respiratórios, as dificuldades em alimentar-se e de regular a temperatura. O adequado desenvolvimento dos RNs, especialmente o daqueles de baixo-peso, é determinado pelo equilíbrio entre o atendimento das necessidades biológicas e psicossociais. Nos últimos quinze anos, as mães, e mais especificamente os pais, têm sido encorajados a participar da recuperação dos seus filhos, tocando-os, ajudando nos cuidados ou pegando-os no colo (BAHIA, 2000).

O número elevado de RNs de baixo peso ao nascimento, assim classificados como os de peso inferior a 2500g sem considerar a idade gestacional, constitui um importante problema de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, e representa um significativo percentual na morbi-mortalidade neonatal. Além disso, quando há a necessidade de internação, acarreta graves conseqüências, dentre elas, as sociais, a exemplo do abandono no hospital quando a separação é longa e os custos elevados que envolvem o cuidado à essa clientela tão específica (CHARPAK et al., 1999).

Na atualidade, nos confrontamos com a realidade de que ainda há muitas adolescentes¹ grávidas e um número crescente de mulheres com mais de trinta e cinco anos iniciando o exercício da maternidade, em função da organização da vida pessoal e profissional. Estas são idades pontuadas pelo Ministério da Saúde como fatores de risco para o nascimento prematuro e de baixo peso, justificando, portanto, ainda mais a importância do planejamento das ações de

¹ O período da adolescência preconizado pelo Ministério da Saúde é aquele que envolve de 10 a 20 anos de idade (FRANÇOSO et al, 2001).

saúde para os prematuros.

Em 1979, para o atendimento de RNs prematuros e os de baixo peso, situação que envolvia uma alta mortalidade, foi desenvolvido em Bogotá, na Colômbia, o Método Mãe Canguru - MMC, como uma alternativa de cuidado. Desde então, o MMC vem sendo desenvolvido em vários países, principalmente, naqueles que não dispõem de um número suficiente de incubadoras. O método adotou o nome da espécie dos marsupiais, os cangurus, porque as crias nascem antes de completar o seu desenvolvimento e migram para uma bolsa e, nesta ‘incubadora natural’, os filhotes são mantidos aquecidos, mamando avidamente até completar a sua maturação (BAHIA, 2000).

O tema deste estudo é o Método Mãe Canguru, estratégia assistencial que valoriza a amamentação, o vínculo afetivo, o precoce contato pele a pele e o desenvolvimento do RN. O MMC é um trânsito do paradigma tecnológico para o humanístico, não devendo ser entendido como um substituto das unidades de terapia intensiva neonatal, pois visa, fundamentalmente, uma mudança de atitude nos cuidados dos RNs prematuros e os de baixo-peso, evidenciando a humanização do atendimento (*Ibid*, 2000).

Destaco abaixo a formação da norma que norteia, no Brasil, o MMC enunciado por Oliveira (2004, p.1)

Em junho de 1999, após quase um ano de pesquisas e observações, a Área da Saúde da Criança da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde redigiu uma minuta para o atendimento humanizado ao recém-nascido de baixo-peso e estabeleceu um grupo de trabalho com membros de várias entidades como: a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), além de representantes de universidades brasileiras (Universidade de Brasília – UNB - e Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), hospitais públicos (Instituto Materno e Infantil de Pernambuco - IMIP, Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF- e Secretaria Estadual de Saúde) e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDS).

A minha aderência a esta temática se deu concomitante à formação profissional como enfermeira obstetra. Supervisionava o Serviço de Enfermagem de uma maternidade municipal no interior do Estado da Bahia, o que me oportunizou a convocação, pelo Ministério da Saúde, para participar de um treinamento sobre o Programa de Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – MMC, na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará. A capacitação, voltada para profissionais médicos (as), enfermeiras (os) e assistentes sociais que atuam no serviço de perinatologia, ocorreu no Hospital Geral César Cals, em outubro de 2001, com o objetivo de torná-los agentes multiplicadores de informação, para implantar e de implementar o Método em

suas unidades de trabalho.

Como possuía afinidade com as atividades desenvolvidas em unidades com crianças prematuras, por ter sido bolsista do berçário de alto risco², fui indicada para o referido treinamento, tendo assumido com a instituição a responsabilidade de partilhar tais conhecimentos com as (os) demais trabalhadoras (es) de saúde.

No meu retorno, passei a atuar como enfermeira do Alojamento Canguru e do Serviço de Educação Continuada, coordenando o processo de implantação do MMC. A minha formação como enfermeira obstétrica possibilitou-me ser preceptora de discentes de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana(UEFS). As atividades desenvolvidas no hospital com as (os) trabalhadoras (es) de saúde e, principalmente, com gestantes e com puérperas levaram-me a observar que as mulheres inseridas no Projeto não estavam sendo assistidas de forma integral, conforme a orientação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Durante as atividades de educação em saúde com as puérperas inseridas no MMC, percebi que os aspectos biopsicossociais do puerpério, particularmente a vulnerabilidade emocional, não estavam sendo valorizados pelas(os) profissionais de saúde.

As alterações de humor, como labilidade emocional, são comuns no puerpério. O estado psicológico da mulher precisa ser observado, uma vez que quadros de apatia podem ser identificados precocemente. Deve-se procurar compreender os sentimentos da mulher diante desta nova e inesperada situação (BRASIL, 2001).

O interesse pelo estudo surgiu ao constatar que, no cotidiano hospitalar por mim vivenciado, as mulheres, em sua maioria, adolescentes, afro-descendentes e de baixa renda familiar, quando inseridas no MMC demonstravam ansiedade quanto ao retorno para o convívio familiar; medo de agravamento do quadro clínico do recém-nascido; culpa pelo nascimento prematuro; momentos de explosão de alegria pelo ganho ponderal do (a) filho (a); preocupação com a vida conjugal, representada, de alguma forma, por questionamentos sobre sua identidade como mulher, somados à multiplicidade de seus papéis, agora mais severamente cobrados socialmente pela nova constituição familiar, que tem como novo membro um RN visto como “especial”. Percebia a explosão de uma variedade de sentimentos, já que em sua maioria, eram também esposas, chefes de família, mães de outros filhos e, acima de tudo, seres humanos com deveres e direitos. Portanto, a mulher cuidadora do espaço privado desempenhando o mesmo papel de gênero no espaço público.

² (1998-1999), período em que atuei como bolsista do Hospital Inácia Pinto dos Santos, resultado do Projeto de Pesquisa e Extensão da Universidade Estadual de Feira de Santana.

A proposta do MMC, como estratégia do Ministério da Saúde para humanização da atenção aos RNs prematuros e de baixo-peso, tem como um dos sujeitos do processo, a mãe que terá que lidar com as questões específicas da metodologia, algumas mães inclusive com as dificuldades próprias da idade, como a adolescência, somadas à idealização da maternidade, numa fase especial cheias de alterações biopsicossociais.

A maternidade, portanto, é um fenômeno que suscita mudanças referentes à gravidez e o ser mãe, além de trazer, em seu bojo, questões do ser adolescente, sendo considerada para alguns autores, a exemplo de Caplan (1980), Maldonado (1985) e Moffatt (1991), como fator desencadeante de situação de crise, ou em alguns casos, fator que se soma à crise da adolescência.

Dessa maneira, pelas oportunidades profissionais vivenciadas, coadunado com a afirmativa de Maldonado (1985) que a maternidade e a adolescência são situações de crise que se sobredeterminam. Posso afirmar que quando tal fato se soma à inserção da mulher no MMC, a crise poderá ser agravada pelo surgimento de especificidades do RN, das rotinas hospitalares, dos cuidados, do confinamento da mulher à instituição, do afastamento do lar etc.

A adolescente ainda passa pelo seu desenvolvimento psicológico, vivenciando os lutos pertinentes a essa fase de evolução, como o luto pela perda do corpo infantil³, pela perda dos pais da infância⁴ e pela perda de identidade e do papel infantil⁵.

A mulher que passa a ser mãe, em especial, aquela cujo filho é prematuro, vive situações muitas vezes inesperadas, ficando imersa em culpa, que poderá ser mais acentuada se for adolescente e estiver, inquestionavelmente, inclusa numa modalidade de assistência hospitalar, que, por mais humanizada⁶ que seja, faz emergir sentimentos de solidão e de fechamento, em consequência do processo de hospitalização (COSTA; SOUZA, 1998).

As minhas observações durante o meu desempenho profissional ganham relevância frente à importância do MMC, diante das dificuldades concretas vividas pelas mulheres inseridas no Método, o que requisita aprofundamento para contextualização de tal problemática.

³Essa fase é caracterizada pela aceitação das transformações físicas, o controle dos impulsos da sexualidade, a perda da bissexualidade infantil (FRANÇOSO et al., 2001).

⁴ Este luto corresponde à transposição da dependência infantil para a independência do adulto. Leva ao sentimento de culpa do (as) adolescentes que por muitas vezes, transformam a culpa em agressividade, sentem-se decepcionados com os pais idealizados na infância. Passam a ser críticos e a questionarem seus genitores (FRANÇOSO et al., 2001).

⁵ Diante da dificuldade em se definir como criança ou como adulto, o (a) adolescente busca apoio do grupo, onde procura novas identificações. Passa a assumir diferentes identidades provisórias, a fim de desenhar sua própria identidade (FRANÇOSO et al., 2001).

⁶ Reunião de conhecimentos acerca das particularidades físicas e biológicas e das necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos da gestante, mãe, do recém nascido de baixo peso e de toda a família, abrangendo também a equipe de profissionais responsável por esse atendimento,

As leituras e discussões sobre questões de gênero e o repensar sobre o meu tema da dissertação, oportunizadas pela disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher⁷ e, posteriormente, pelas disciplinas Gênero e Saúde⁸ e Dinâmica de Gênero Raça e Classe⁹, conduziram-me à reflexão de que estamos “verticalmente sugerindo” às mulheres que sejam, primordialmente, como afirma Forna (1999, p.11) “mães, perfeitas, férteis, inteiramente devotadas aos filhos, em dedicação total”.

Considerando os aspectos epidemiológicos referentes à população feminina brasileira, como confirma Nascimento (1999), sobre a existência de hierarquias e desigualdades não só de gênero, como étnicas e geracional, as mulheres, quase sempre, estão em condições desvantajosas quanto ao exercício de sua autonomia nas relações pessoais e sexuais.

Bandinter (1985, p.25) menciona que, para compreender as razões das atitudes maternas, não basta nos atermos apenas às estatísticas:

A mãe é uma personagem relativa e tridimensional. Relativa porque ela só se concebe em relação ao pai e ao filho. Tridimensional porque, além dessa dupla relação, a mãe é também uma mulher, isto é, um ser específico dotado de aspirações próprias que freqüentemente nada tem a ver com as do esposo ou com os desejos do filho.

Neste contexto, de construção de uma dissertação de mestrado, elaborei o seguinte questionamento: *qual a compreensão dessas mães sobre sua vivência na 2ª fase do Método Mãe Canguru?* Assim, delimito como **objeto de estudo** o *sentido* do ser-mulher-puérpera no MMC, tendo como **objetivo** compreender a vivência de mães na 2ª fase do MMC.

A realização desta investigação poderá apontar caminhos para a reavaliação da forma de como vem se dando a inserção da mulher no Método, como também ampliar a compreensão de que a gestação, a adolescência e a maternidade são três fases distintas predispondo as mulheres a situações de crise, que podem se sobre-determinar quando da hospitalização.

Destaco que acredito na importância do MMC para a saúde da criança e o aumento do vínculo familiar. Todavia, inquestionavelmente, haveria redução dos índices de recém-nascidos de baixo peso, caso as demandas quantitativas e qualitativas do pré-natal fossem atendidas, se mais mulheres estivessem inseridas no mercado de trabalho e não compartilhassem da doença

buscando motivá-la para mudanças importantes em suas ações como cuidadores (BRASIL, 2002).

⁷ Disciplina obrigatória da Área de Concentração Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, cursada em 2003.2.

⁸ Oferecida em caráter optativo, no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), cursada em 2004.1.

⁹ Oferecida em caráter optativo, pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FFCH/UFBA, através do Departamento de Filosofia, cursada em 2004.1

social da fome, da pobreza, da ausência de lazer, de educação e do exercício da sua cidadania.

A produção desta dissertação intitulada *O sentido do ser-mulher-puérpera no Método Mãe Canguru* vem estimular as reflexões individuais e em âmbito coletivo, sobre a metodologia propagada pelo Ministério da Saúde, sob a ótica dos significados das mulheres inseridas no Projeto. Vislumbro que possa contribuir para a reconstrução da maneira de como nós, profissionais de saúde, cuidamos do nascimento e, principalmente, daquela que, como protagonista, está no centro de tudo, a mulher-mãe.

Portanto, voltando o olhar para a metáfora mãe-canguru, a incubadora faz o papel do canguru, exercendo sua função biológica auto-reguladora. Já a mãe faz diferença entre o animal e nós humanos, seres de linguagem. E, [...] na ‘língua materna’ de cada um de nós, metaforizamos, ‘falando com o coração’, ‘olhando com os olhos’ e ‘nos tocando com palavras’ (BAHIA, 2000, p. 42).

2 MÉTODO MÃE CANGURU

2.1 DO PARADIGMA TECNOLÓGICO AO HUMANISTA

Humanização também é respeitar o princípio hipocrático do *Primum Non Nocere* (em primeiro lugar não causar dano) (RATTNER ; TRENCH, 2005, p. 69).

Para contextualizar a gênese do MMC é necessário analisar como se delineou a assistência à saúde da mulher e da criança nos últimos vinte e cinco anos, momento em que houve a cisão do Programa Ministerial Materno-Infantil em Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), até a necessidade de implantação de uma metodologia em que a possibilidade do toque, a aproximação precoce mãe, pai, bebê e família, a amamentação e a demonstração de amor e cuidado, transformam-se nas principais ferramentas para a redução da morbidade e da mortalidade neonatal.

Nesse processo de transição do paradigma tecnológico para o humanista, conjunto de normas, consensos estabelecidos sob a influência de uma época (OLIVEIRA, 2005), o primeiro voltado à busca incessante de soluções técnicas através de recursos materiais, o segundo, pautado no ser humano, na escuta, na capacidade de escolha e no acesso ao conhecimento, percebemos que ainda trilhamos nas duas vertentes. Por isso caracterizo tal processo de transição como um caminhar desafiador a todos os que nele necessitam trilhar.

Alguns projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos, já há alguns anos, em áreas específicas da assistência, por exemplo, na saúde da mulher, a exemplo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e na saúde da criança como o Projeto Canguru. Frente ao acelerado processo de desenvolvimento tecnológico na área da saúde, a singularidade de quem é cuidado e as situações humanas de expressão de emoções, crenças e valores ficaram em segundo plano. A doença passou a ser objeto do saber reconhecido cientificamente e a assistência se desumanizou (MARTINS, 2003).

Esta situação não é exclusiva do Brasil. Ela levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a formular a declaração *Safe Motherhood*, em 1998, preconizando o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Essa recomendação não leva em conta somente a evidência científica, mas considera também os direitos humanos à informação e à decisão em questões de saúde-doença. O termo “humanizar” sintetiza todas essas postulações. É uma reivindicação dos setores mais avançados da saúde, preocupados com o crescente desequilíbrio entre tecnologia e relação médico-cliente/usuário (a). Algumas escolas da área da

saúde estão incluindo disciplinas em seus currículos que recuperem os aspectos humanísticos das profissões (SCLIAR, 2005).

No que tange a enfermagem, estudo realizado sobre as reações emocionais da mulher no puerpério identificou que as enfermeiras são capazes de identificar algumas das manifestações de comportamento que evidenciam as reações emocionais das puérperas, embora em muitas ocasiões, não façam distinção entre estas e as necessidades físicas. Isto revela, possivelmente, uma dificuldade de identificação dos aspectos psicossociais envolvidos na assistência de enfermagem. Torna-se necessário reforçar a compreensão das reações psicológicas das clientes para o desempenho das ações de enfermagem, bem como a introdução desse conhecimento nos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem (SILVA, 1988).

Na formação das (os) profissionais de saúde faz-se mister introduzir uma discussão crítica em torno do modelo ocidental masculino de ciência e de medicina, associado ao distanciamento, à objetividade, à impessoalidade e à autoridade, e que não valoriza os aspectos emocionais da experiência do nascimento e do parto, para que se possa reformular esse modelo. A humanização também passa pela aprendizagem das diferentes concepções, dos valores e das práticas culturais associadas ao parto e ao nascimento existentes em nosso meio, incluindo as populações indígenas, caboclas sertanejas, rurais e urbanas etc. (RATTNER; TRENCH, 2005).

Silva Junior (1998) analisando os objetivos dos Programas lançados pelo Ministério da Saúde, desde 1991, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), questiona se o que se deseja é a mudança do modelo technoassistencial ou uma reforma com grande apelo popular e um sofisticado discurso do novo, que mantenha as velhas estruturas de poder?

Cabe identificar os atores do processo de atenção à saúde, a começar pelo usuário, gerador da demanda dessa assistência. Outros atores são: as (os) profissionais de saúde; a instituição em que se processa a assistência, seja hospitalar, ou ambulatorial; o sistema de saúde do qual faz parte essa instituição e o contexto no qual ocorre essa assistência, que é a nossa sociedade, com seus valores, suas tradições e uma história recente de conquistas constitucionais de saúde como um direito de todos e dever do Estado, contribuindo para gerar uma expectativa de desempenho profissional. Pretendo, fundamentada no pensamento de Rattner e Trench (2005) ressaltar apenas, a existência de uma tecnologia muito simples e de baixo custo, fundamentada na interlocução com quem demanda o serviço – que pode ser tão ou mais reveladora das peculiaridades de suas próprias condições do que os aparatos tecnológicos.

Concordo com Gallian (2000) quando afirma que nunca como hoje se faz tão necessário a reflexão histórico-filosófica para que se possa re-humanizar as ciências da saúde em geral.

Portanto, trilharemos um pouco pelas páginas da história, primeiramente, a fim de ampliar a reflexão de como se configurou esse processo de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e MMC.

Ao longo dos tempos, constata-se que as mulheres, como minoria, tal qual a população negra e indígena, bem como os que integram a parcela menos privilegiada social e economicamente do País, vêm sendo excluída do exercício de sua cidadania.

A Constituição Brasileira determinou a igualdade entre homens e mulheres em direitos e obrigações. Silva (2004), jurista brasileiro que escreve sobre ações afirmativas, acredita que o intuito deste ato constitucional foi promover a cláusula da igualdade material, sem se limitar a vedar as desigualdades formais. Cabe destacar o conceito de ação afirmativa, moderno e tão amplamente divulgado, como políticas utilizadas para reparar equívocos cometidos às minorias ao longo dos tempos, ou, na impossibilidade dessa ação reparatória, minorar seus reflexos

Neste contexto, vale ressaltar os três tipos básicos de direito de cidadania descritos por Avelar (2001): direitos civis que se referem à conquista da liberdade pessoal, a liberdade de palavra, pensamento e fé, o direito a propriedade e a contrair contratos válidos, além do direito a justiça; os direitos políticos que se atêm ao direito de voto e ao acesso a cargos públicos; os direitos sociais que vão do direito ao bem-estar econômico e a segurança mínima.

Partindo dessas concepções, as mulheres foram e vêm sendo cerceadas do exercício dos seus direitos civis, políticos, sociais, como também sexuais e reprodutivos. Estes últimos abordam a liberdade de escolha de relacionamentos, ciclos gravídicos e métodos contraceptivos.

Pinsky e Pinsky (2003) ressaltam que, em determinados momentos de ampliação de direitos e progressos democráticos, as mulheres não foram favorecidas do mesmo modo que os homens. Não obstante, as brasileiras discriminadas e oprimidas como na maior parte das sociedades constituem um dos segmentos que mais se destacaram na luta pela universalização dos direitos sociais, políticos e civis.

O século XIX representou tristeza, opressão, austeridade, e negação à mulher do exercício de seus direitos (PINSKY; PINSKY, 2003). O Iluminismo, movimento de corrente teórica surgido no final do século XVIII, abriu perspectivas, possibilitou uma nova abordagem política e, conseqüentemente, do exercício da cidadania, ao afirmar que cada indivíduo era possuidor de direitos inalienáveis. No entanto, fortes pensadores iluministas, a exemplo de Jean Jacques Rousseau, duvidavam da capacidade intelectual feminina. Esses 'homens das luzes', como eram conhecidos, ressaltaram o ideal tradicional das mulheres, abordando-as como silenciosas, modestas, castas, subservientes, e condenaram as independentes e poderosas.

De maneira contraditória, duas revoluções marcaram a história da cidadania feminina, a Francesa e a Americana. Da primeira, depreende-se o grande lema igualdade e fraternidade, que,

mesmo não sendo exclusivo às mulheres, trouxe vários questionamentos e revoluções entre os sexos. Ocorreram algumas conquistas para as mulheres, a saber: mudanças legais, maioria civil e melhorias em relação à educação. A segunda, deixou o legado da supervalorização das atividades domésticas, nesta época portando um caráter cívico e social de zelar moralmente pela constituição do País.

Aproximando-se da Era industrial, a economia familiar era caracterizada pela produção doméstica, apesar desta atividade não ser considerada trabalho e, portanto, não ser valorizada através da remuneração. Com o capitalismo comercial, a industrialização e o crescimento econômico, a mulher começou a inserir-se no mercado de trabalho, mas, ainda, com remuneração inferior à dos homens. Neste período, os ideais e práticas femininas eram pautados no exercício pleno da maternidade para a formação de moças, afetivas, mansas, responsáveis por zelar pela moral e tornarem-se mães incondicionais. Quanto aos rapazes, eram almejados para ser forte, abarcar o mercado de trabalho e apresentar outras formas de atuação social. Algumas mulheres destacaram-se por ocupar espaços na literatura em outras expressões artísticas, todavia, a partir da valorização das próprias virtudes e dos papéis tidos como femininos.

O século XX foi chamado de ‘o Século das Mulheres’, quando o movimento feminista teve muitas de suas reivindicações atendidas, porém, sem o exercício pleno da cidadania. Foram criadas leis trabalhistas direcionadas à mulher e às crianças, ou seja, pessoas consideradas como mais desprotegidas e dependentes. A desigualdade salarial incitou algumas greves, mas não houve total adesão feminina, já que muitas mulheres estavam inseridas nas indústrias e temiam a perda do emprego, o que afetaria diretamente a subsistência familiar. Com o desenvolvimento industrial e tecnológico, as economias estatais propiciaram novos empregos nas áreas burocráticas, educacional, sanitária e comercial, no entanto, com direito a baixos numerários. No entanto, aos poucos, foram conquistando alguns direitos políticos, civis, sociais e ainda sexuais e reprodutivos. Na década de 70, o lema era ‘nosso corpo nos pertence’¹⁰(BERQUÓ, 2003).

No Brasil, a história da implantação e da implementação das políticas públicas foi permeada, também, pela conquista do direito à cidadania feminina. As ações, para a manutenção da saúde no País, surgem no período da República, a partir das transformações sociais, políticas e econômicas. O processo aconteceu de forma pontual, sendo voltado aos interesses econômicos e de estratégia militar com campanhas de combate as epidemias em resposta às reivindicações trabalhistas. Preponderava o modelo assistencial campanhista-sanitarista (CAMPOS et al., 1989), e à mulher não era direcionada nenhuma atenção à saúde enquanto reprodutora e

¹⁰ Influenciado pela obra literária *Our Bodies, Our Lives*.

mantenedora da força de trabalho, apenas, de forma extensiva, como beneficiária das Caixas de Aposentadoria e Pensões estatizadas pela Lei Elói Chaves, em 1921.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve um aumento desacelerado do crescimento populacional. Os países desenvolvidos, baseados nas idéias malthusianas começam a direcionar ações à população feminina, através da organização não-governamental Sociedade Civil de Bem Estar Familiar (BENFAM)¹¹.

Na década de 70, o Plano Decenal de Saúde para as Américas objetivou proteção à maternidade e à infância, primando pela formação de uma geração de indivíduos sãos. Sendo a era da época do milagre econômico e da ditadura militar, os nascimentos deveriam ser direcionados à segurança nacional. É neste contexto, que nascem as consultas de pré-natal, a fim de garantir a qualidade desses nascimentos e reduzir o índice da mortalidade infantil. Identificamos neste instante a preocupação com a saúde da criança. O serviço de pré-natal nasce para o acompanhamento dos neonatos, posteriormente, objetiva também a assistência materna.

A função reprodutiva da mulher é tomada como referência, para a formulação de seus direitos e para a definição das políticas que lhes são dirigidas (MANDÚ, 1997). Em 1974, a Conferência Nacional de Saúde foi marcada pela criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI), voltado exclusivamente para o fenômeno reprodutivo, quer por meio de subprogramas, cujas ações eram dirigidas à mãe e ao filho, quer por meio de ações indiretas. Segundo Mandu (1997), embora tenha surgido como uma proposta abrangente para o setor na área da saúde da mulher e da criança, o modelo médico curativo e individual, com privilegiamento da produção privada, mantinha-se predominante.

Concomitante, surge no Brasil o feminismo como importante movimento que trouxe para as discussões sociais, dentre outros aspectos, o conceito de gênero, objetivando modificar o panorama de desigualdades entre os sexos e derrubar idéias equivocadas, como a de que a fêmea é fêmea em virtude de certas carências de qualidade e a que dizia ser a mulher um homem incompleto, um ser ocasional (BEAUVOIR, 1980).

A introdução do estudo de gênero nas discussões do cenário político objetiva a reflexão de que as imagens de gênero são configurações das identidades masculina e feminina, produzidas social e culturalmente, e que determinam, em grande parte, as oportunidades e as formas de inserção de homens e mulheres no mundo do trabalho (DELGADO et al., 2002). As ações de saúde ditadas pelas políticas públicas foram e têm sido organizadas por esse referencial

¹¹ Criada em 1965, visando, dentre outras coisas, o financiamento de métodos para controle da fertilidade, já denominado, embora, atingido por muitas críticas feministas, como planejamento familiar.

– assistência à força mantenedora do trabalho visando lucro – o homem.

Joan Scott apud Torráo Filho (2005) argumenta que o conceito de gênero foi criado para opor-se a um determinismo biológico nas relações entre os sexos, dando-lhes um caráter fundamentalmente social, categoria útil para compreensão da história das mulheres, mas também a dos homens, das relações entre homens e mulheres, dos homens entre si e igualmente, das mulheres entre si além de propiciar um campo fértil da análise das desigualdades e das hierarquias sociais.

Campos e outros (1989) advertem que as políticas de saúde, entre 1930 e 1966, em suas linhas fundamentais apresentavam um caráter restritivo pela limitada amplitude da cobertura assistencial e pelos aspectos legais e institucionais, pautados numa lógica corporativa, configurando-se numa relação diferenciada entre os trabalhadores produtivos, buscando, assim, assegurar seus direitos sociais.

Em 1980, houve uma crise econômica das políticas nacional e internacional. O modelo assistencial médico, este individual e curativo, ou seja, o modelo médico liberal e assistencial privatista, com preponderância do Estado e de setores privados, levaram a diminuição da resolutividade das ações dos serviços, gerando a crise da eficiência, eficácia e efetividade da atenção à saúde, o sucateamento dos serviços de saúde, descoordenação, desorganização, sendo incapazes de responder aos perfis epidemiológicos apresentados pela população, de acordo com Nascimento (1999).

Com a XIII Conferência Nacional de Saúde e a intensificação dos ideais pela democratização, os movimentos sociais destacando aqui, o feminismo, lutaram pela implantação do projeto da Reforma Sanitária e do PAISM. Este primava por ações básicas de saúde da mulher obedecendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam: acessibilidade, equidade, universalidade, participação social e integralidade da assistência.

É apropriado ressaltar que o eixo das ações de saúde seria a integralidade e, para a mulher, agora como protagonista da sua própria história, não mais o binômio restrito ao corpo biológico. Particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova ótica; a da assistência integral, de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e reordenação do sistema de prestação dos serviços de saúde como um todo (BRASIL, 1984).

Com a criação do Conselho Nacional de Direito à Mulher (CEDIM) e da Rede Nacional

Feminina de Saúde e Direitos Reprodutivos, bem como a organização nacional do movimento feminista se intensificou a luta pela implementação do PAISM, na década de 90. Este programa, que assegura a mulher em suas diretrizes a assistência em todas as fases de sua vida, ainda, é um caminho a ser percorrido, ou melhor, retomado. Buscamos a integralidade, todavia, os aspectos psicossociais, a intersubjetividade feminina, em questão nesta investigação com o ser-mulher-puérpera no MMC, ainda, é subvalorizada em detrimento do determinismo biológico e interesses de uma sociedade cujas leis são criadas e regidas por uma supremacia masculina.

Salienta-se que, mesmo a assistência básica ao ciclo gravídico-puerperal, como também, as ações que envolvem prevenção do câncer do colo uterino e detecção precoce do câncer de mama; prevenção, tratamento e controle das DST's/ AIDS, assistência no climatério e na menopausa não fazem parte como rotina da vida da maioria das brasileiras.

Efetivar o PAISM é um compromisso que exige lutar pela garantia de serviços envolvendo o controle social e a ética nas relações humanas. Há que se primar pelas ações de educação, acolhimento, aconselhamento, estabelecimento de relações de poder democráticas, nas quais as usuárias sejam parceiras, bem como suas vozes e seus silêncios sejam valorizados e considerados.

Pelos indicadores de saúde constata-se que há uma necessidade premente de acesso à educação em saúde e sexualidade das afrodescendentes, adolescentes, trabalhadoras, mulheres na terceira idade, presidiárias, como também, atenção à saúde oral e mental. Na atualidade, o perfil da situação de saúde feminina tem peculiaridades. Os problemas emergentes como as DSTs/AIDS, a violência e as doenças cardiovasculares, vêm se somar as doenças prevalentes como o câncer de colo de útero, a morbidade e mortalidade associada às complicações da gravidez, parto e puerpério etc.

Hoje, vivemos o processo de municipalização dos serviços de saúde, primando pela descentralização das ações e alteração do modelo assistencial ainda vigente, caracterizado como excludente, focalizado, não resolutivo, como pontua Assis (1999). No processo de municipalização, novas estratégias, coerentes com uma visão mais ampla de saúde e com os princípios para a reforma do sistema, buscam colocar como foco central a programação em saúde, necessidades e demandas concretas dos vários grupos sociais (AVELAR, 2002).

Da mesma forma, encontra-se o cenário da saúde da criança. A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade em geral. Apesar da queda importante na última década, decorrente da mortalidade pós-neonatal,¹² os

¹² Período correspondente de 28 dias a 1 ano de idade (BRASIL, 2005).

índices são ainda elevados, há uma estagnação da mortalidade neonatal¹³, principal componente da mortalidade infantil da década de 90, tendo sua concentração nas regiões geográficas de populações mais pobres, refletindo, deste modo, mais um aspecto das desigualdades sociais. Esta situação é agravada quando se reconhece que, em sua maioria, estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso, em tempo oportuno, a serviços de saúde que tenham qualificação e resolutividade (BRASIL, 2005).

No entanto, a mortalidade infantil encontra-se em declínio. De um coeficiente de 85 por mil nascidos vivos, no início dos anos 80, passou para cerca de 37.5 por mil nascidos vivos no ano de 1996, significando uma redução de 44% entre as décadas de 1980 e de 1990. Apesar disso, observam-se diferenças no seu componente neonatal e pós-neonatal. A redução mais expressiva da mortalidade vem ocorrendo no componente pós-neonatal devido, sobretudo, à implantação de ações básicas de saúde e melhorias sanitárias. A maioria das mortes no primeiro mês de vida refere-se ao período neonatal precoce¹⁴, especialmente os óbitos ocorridos no primeiro dia de vida que representam cerca de 36% dos casos. A mortalidade por afecções perinatais representa mais de 72% da mortalidade neonatal e mais de 50% dos óbitos no primeiro ano de vida, em todas as regiões (MILTERSTEINER, 2003).

Segundo Kakehashi (1996), é consenso entre os sanitaristas e epidemiologistas de que para se reduzir a mortalidade infantil é necessário promover grandes esforços para a redução da mortalidade neonatal, já que o percentual supra citado é de grande relevância. Ressaltando que, de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), baseada no censo de 2000, o índice de mortalidade infantil é de 68,2% para cada mil crianças vivas, nos estados nordestinos.

A agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde está composta de algumas linhas de cuidado, entre elas: ações da saúde da mulher, atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; triagem neonatal (teste do pezinho); incentivo ao aleitamento materno; incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; alimentação saudável e prevenção de sobrepeso e obesidade na infância; combate à desnutrição e anemias carenciais; cobertura vacinal; atenção às doenças prevalentes dentre estas; atenção à saúde bucal e mental; prevenção de acidentes; maus-tratos/violência e trabalho infantil; atenção à criança portadora de deficiência física. Tais aspectos estão englobados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),

¹³ Período correspondente de 0 a 27 dias (BRASIL, 2005).

¹⁴ Período que refere-se ao da primeira semana de vida (MILTERSTEINER, 2003).

fazendo cumprir a legislação brasileira (BRASIL, 2005).

O PAISC prima beneficiar a criança um cuidado multiprofissional e integral, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo. Ainda como cuidado integral entende-se a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde ao nível mais complexo da assistência, do *locus* próprio da atenção à saúde aos demais setores que têm interface estreita e fundamental com a saúde como moradia, saneamento e educação (BRASIL, 2005).

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde. Os Programas desenvolvidos buscam oferecer às crianças um atendimento mais humano e de melhor qualidade. O projeto de Atenção Humanizada ao Recém-nascido prematuro e de baixo peso (MMC) e a promoção do aleitamento materno são iniciativas que têm promovido uma mudança no atendimento, reduzindo tempo de internação e a incidência de infecções hospitalares. Outra estratégia importante é a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância(AIDPI), que contribui não apenas para a redução de óbitos por diarreia e pneumonias. Mas possibilita uma maior organização dos serviços (BRASIL, 2005).

Apesar dos dados estatísticos apontarem para a necessidade de ações para a saúde da criança no âmbito neonatal, primordialmente, sabemos que a neonatologia é um dos campos mais novos da medicina. Em 1907, com o médico obstetra francês Pierre Budin, considerado o primeiro perinatologista, surgiram os primeiros estudos com o RN, com a prevenção da hipotermia através da utilização de incubadoras com paredes de vidro. O avanço conseguiu significativa redução da mortalidade neonatal, como também incentivou a amamentação para as mães tanto dos prematuros, como dos RNs a termo. Mas, foi através dos estudos de Martin Cooney, discípulo de Budin, que ocorreu uma mudança significativa na assistência hospitalar do RN, sendo salvos cinco mil prematuros no período de cinco anos. Cooney não permitia a participação das mães nos cuidados aos RNs, e os berçários começaram a adotar rigorosas normas de isolamento como meio de prevenção de infecções (KAKEHASHI, 1996).

Durante as décadas de 1960 e 1970, houve uma expansão surpreendente dos conhecimentos de neonatologia, a exemplo do aperfeiçoamento das incubadoras e dos berços aquecidos; do melhor conhecimento da fisiopatologia da doença da membrana hialina; da prevenção da isoimunização materna pelo fator Rh, com o uso da imunoglobulina anti Rh; do desenvolvimento dos ventiladores próprios para os RNs; da introdução da nutrição parenteral total na prática neonatológica e do aprimoramento e do desenvolvimento tecnológico com fins

diagnósticos. Em 1946, nos Estados Unidos da América, foi criada a primeira unidade de *rooming – in*¹⁵, após anos de separação entre pais e filhos. O primeiro trabalho para investigar a possibilidade da entrada dos pais numa enfermaria de prematuros teve início na Universidade de Stanfor, Califórnia, em 1964 (KAKEHASHI, 1996 apud GESEL; ILG, 1974).

Caetano (2004), em análise sobre as transformações na assistência neonatal pontua que a tecnologia trouxe um exponencial e explosivo desenvolvimento nos últimos 100 anos, apesar desse avanço não se distribuir simetricamente. Os progressos na qualidade de vida se concentram nos chamados países industrializados, ao passo que em países em desenvolvimento, as condições de vida mudaram pouco para muitas pessoas. Estima-se que 90% dos bebês de baixo peso nasceram em países menos desenvolvidos, enquanto que 90% dos investimentos no cuidado ao RN de alto risco ocorreram em países industrializados.

Desde finais dos anos 80, alguns neonatologistas ocidentais têm dado uma importância especial ao aspecto psicológico do contato pele a pele. Esperam melhorar a prevenção de doenças na relação pais – filhos (as), aumentar a frequência e a duração do aleitamento materno em crianças de baixo peso ao nascer, além de conseguir que essas e suas mães possam retornar o mais cedo possível ao seio familiar (CHARPAK et al., 1999).

Finalmente nos anos 90, estuda-se a criança em seu meio. A noção de interação entre pais e filhos durante o período neonatal é favorecida em razão do desenvolvimento neurossensorial da criança, fruto do meio em que ela se encontra (CHARPAK et al, 1999).

No Brasil, o Alojamento Conjunto (AC) surge como uma necessidade de aproximação mãe e filho (a), como também pela carência de profissionais de enfermagem para a assistência. Posteriormente, ampliando-se, estimulado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com vistas a oferecer uma assistência de qualidade associada à humanização do processo de nascimento do prematuro e/ou RN de baixo peso, tendo, ainda a possibilidade de reduzir os custos hospitalares, envolvidos nessa assistência surgiu a estratégia de humanização do Ministério da Saúde com a adoção MMC.

Contudo, percebo que, do século XX aos tempos atuais, o cuidado e a relação com o prematuro permeiam essa transição paradigmática. Antes, no paradigma tecnológico, havia o cuidado frio, isolado, sem toque, o distanciamento físico, eram inúmeras incubadoras e os profissionais de saúde como os únicos capazes de cuidar de um ser com tamanha fragilidade. Hoje, entre o paradigma tecnológico e o humanista, tem-se a mulher-mãe vivenciando o

¹⁵O termo foi utilizado pela primeira vez por Gesell e Ilg em 1943, refere-se a um ambiente especial no hospital, onde o recém nascido é colocado num berço, ao lado do leito da mãe que é encorajada a lhe prestar cuidados (MALDONADO,1985).

nascimento prematuro, e doando seu calor, amor e a nutrição.

Estudo desenvolvido por Oliveira e Brüggemann (2003) objetivou explicitar significados das mães que vivenciam o nascimento prematuro e contribuir na construção do processo de cuidar, centralizado na relação dialógica com amor.

Concordo com as autoras acima que o amor, dentre outros sentimentos que envolvem a situação da mulher-puérpera inserida no MMC, implica na capacidade de estabelecer limites entre si e o outro, com espontaneidade e aceitação. Este amor promove o verdadeiro encontro, possibilitando a todos (as) que atuam no Método perceber e participar da existência dos sujeitos envolvidos, permitindo a cada um transcender suas limitações.

2.2 DESAFIO DE MUDANÇA DE UMA PRÁTICA

O Projeto de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso, mais conhecido como Método Mãe Canguru (MMC), foi idealizado em 1979 no Instituto Materno-Infantil da capital colombiana, pelo pediatra Edgar Rey Sanabria, objetivando a redução do índice de mortalidade infantil. Desde então, a idéia de colocação do RN em contato direto com o peito da mãe, em substituição ao calor das incubadoras, vem sendo estimulada através dos Ministérios da Saúde dos vinte e cinco países participantes do Manifesto de Bogotá sobre a metodologia Canguru, declarado na cidade de Santa Fé, desde 1998.

Levando em consideração os níveis de desenvolvimento e os meios disponíveis para a aplicação do MMC, encontramos três modalidades em diferentes países: MMC como alternativa à incubadora (Colômbia, Bolívia, Equador, Guatemala, Peru, Moçambique, Argentina, Nicarágua e Brasil); MMC visando melhorar a relação entre mãe e o bebê nos serviços de neonatologia (Grã-Bretanha, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Canadá e França) e MMC como substituto das incubadoras para crianças de baixo peso ao nascer (Zimbábue) (CHARPAK et al., 1999).

No Brasil, o método foi iniciado em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, na cidade paulista de Santos. Todavia, foi a partir da sua implantação no Instituto Materno e Infantil de Pernambuco (IMIP), instituição de reconhecimento nacional, em 1994, que este projeto vem sendo difundido por diversas unidades de saúde no país.

O modo como o Brasil está conduzindo a atenção ao recém-nascido de baixo peso, por meio do MMC, criando e garantindo a execução de política pública, com a formação de rede de parcerias com o Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDS) e Fundação Orsa, está sendo reconhecido internacionalmente como modelo de implantação e gerenciamento (BRASIL,

2003).

Na Bahia, desde o final do ano de 2000, o Ministério da Saúde vem investindo no treinamento de profissionais de saúde que atuam nos hospitais do Sistema de Referência no Atendimento à Gestante de Risco e nos hospitais Amigos da Criança. Atualmente, sete unidades hospitalares baianas têm equipes treinadas para a implantação do MMC, a exemplo do Hospital Geral Roberto Santos, das Maternidades Tsyla Balbino e Climério de Oliveira, do Instituto de Perinatologia da Bahia - IPERBA, em Salvador; do Hospital Geral Clériston Andrade, Hospital Inácia Pinto dos Santos, em Feira de Santana; Hospital Manoel Novaes, em Itabuna, e Hospital Luís Argolo, em Santo Antônio de Jesus.

Segundo informações dos técnicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), envolvidos no projeto, a proposta de difusão do método mãe canguru é parte de um programa mais amplo do Ministério da Saúde que prevê a implementação do Sistema de Referência Estadual de Atenção à Gestante de Risco. Nesta proposta, Salvador sediou o II Seminário Regional do Método Mãe Canguru, em setembro de 2001, oportunidade em que foram enfocadas questões como os desafios para diminuir a mortalidade neonatal e garantir a qualidade de vida do recém-nascido de baixo peso, como também, o papel do voluntariado na atenção humanizada à mulher e à criança. As discussões estimularam os profissionais de saúde que estavam em véspera de treinamento para a implantação do MMC, como os que pertenciam à instituição *locus* desta investigação.

O MMC, tecnologia mãe canguru ou cuidado mãe canguru, objetiva aumentar o vínculo mãe-filho; estimular o aleitamento materno; favorecer aos pais maior competência e confiança no manuseio do filho de baixo peso, após alta hospitalar; melhorar o controle térmico do RN prematuro; reduzir número de RNs em unidades de cuidados intermediários, devido à maior rotatividade dos leitos e minimizar índice de infecção hospitalar neonatal (BRASIL, 2002).

O MMC é uma modalidade de assistência neonatal que implica no contato pele a pele precoce entre a mãe e o RN de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que a ambos seja prazeroso e suficiente (BRASIL, 2002). A população envolvida neste modelo de atenção ao neonato é composta por gestantes em situação de risco¹⁶ para o nascimento de crianças de baixo peso; RNs de baixo peso, desde o momento de admissão nas unidades neonatais até a sua alta hospitalar, quando deverão ser acompanhados por ambulatório especializado; mães e pais que deverão ter contato com seu filho o mais breve possível, recebendo adequada orientação para

¹⁶ Prenhez caracterizada por aumento do volume uterino, como nas gestações múltiplas e polihidrânio, vulvovaginites, infecções urinárias recorrentes, baixo peso materno pré-gravídico, idade materna menor que 18 e maior que 40, parto pré-termo anterior, fatores socioculturais, fumo, anomalias uterinas

participar do programa e equipe multiprofissional treinada, sensibilizada e disposta a desafiar o modelo de prática hospitalocêntrica pré-estabelecido que, ainda hoje, é o mais valorizado pelas instituições de formação, bem como pelas assistenciais.

O desenvolvimento do Método consta de três etapas. Na primeira, o RN encontra-se na Unidade Neonatal pela sua instabilidade clínica, sendo a mãe e a família orientadas sobre as condições de saúde da criança, como também, sobre as vantagens do método. Iniciam-se medidas para estímulo à amamentação e à antecipação do contato sensorial entre a mãe e a criança, progredindo até a colocação do RN sobre o tórax de um dos genitores.

Com o nascimento de um recém nascido prematuro, os membros da família experimentam uma sensação de perda. Mesmo se tratando de um recém-nascido que se torna suficientemente sadio para deixar a unidade de cuidados intensivos neonatal dentro de algumas semanas, a família sofre um certo pesar com a perda do filho “perfeito” esperado, antes que se possa criar laços fortes com o filho imperfeito (BESERRA et al, 2002).

Na segunda etapa, a mãe e a criança permanecem em enfermaria conjunta, após treinamento realizado na etapa anterior, quando a posição canguru¹⁷ deverá ser mantida o maior tempo possível. O Ministério da Saúde pontua critérios de elegibilidade para a inserção da mãe e da criança, nesta etapa. Dentre os critérios maternos estão a certeza da mãe e da família de que querem participar do método, como também, a sua capacidade de reconhecer as situações de risco a que estão submetidos os RNs de baixo peso. No que tange às normas de escolha para aderência da criança a essa fase, estão a estabilidade clínica; nutrição enteral plena, através do peito, sonda gástrica ou copinho e ganho de peso diário maior que 15g.

A importância do MMC é bilateral. De um lado o bebê é beneficiado sendo o foco da equipe de saúde, a sua evolução pós-natal; de outro a mãe assume o papel de provedora dos cuidados do filho, aprendendo a cuidar dele, conhecendo-o e estabelecendo vínculo afetivo. A permanência da mãe é por tempo indeterminado, situação essa que exige de imediato a disponibilidade materna, que muitas vezes, tem de deixar a família, trabalho e sua vida cotidiana. Contudo, a mãe também deve receber atenção da equipe de saúde e ser assistida em suas necessidades, as quais estão intrinsecamente ligadas à sua vida pessoal e familiar (CAETANO, 2004).

(BRASIL, 2000).

¹⁷ Posição que consiste em manter o RN de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto (BRASIL, 2002, p.18).

Em estudos realizados, no Brasil, sobre as respostas fisiológicas da posição canguru, constatou-se que a frequência cardíaca, a saturação de oxigênio e a temperatura axilar dos bebês pré-termo colocado na posição canguru, foram maiores, em comparação com o mesmo período de tempo em que estavam na incubadora em decúbito elevado (MILTERSTEINER, 2003).

A mulher usa seu corpo, sua energia física e afetiva, para cuidar, aquecer, alimentar seu filho (a), estando totalmente à disposição.

Estudos realizados na cidade de Salvador, Bahia, sobre a vivência da hospitalização sob a ótica da mãe adolescente e sobre o significado em ser mãe-canguru evidenciaram sentimentos como medo, tristeza, ansiedade pelas incertezas quanto a possibilidade do filho morrer, devido a prematuridade, conformação, esperança e confiança na equipe multiprofissional (SIMÕES, 2004; ALVES, 2004). No interior do estado, estudo cuja temática é o MMC sob a visão da mulher inserida no projeto, mesmo *locus* desta investigação, a autora destaca que, além dos sentimentos referidos pelas puérperas nos estudos supracitados, está o reconhecimento de que o Método é importante para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, porém ressalta-se incômodo durante a posição canguru (TORRES, 2003).

Para a alta hospitalar, quando se dá a terceira etapa, o *follow up*, ambulatório de seguimento, torna-se necessário o peso mínimo de 1.500g, sucção exclusiva ao seio materno e ganho de peso nos últimos três dias que antecederem a alta, além de demonstração de segurança materna quanto aos cuidados e de motivação para dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade, provendo-lhe calor, amor e amamentação. Estes são os princípios norteadores do MMC indispensáveis à sobrevivência humana dessas crianças. Estas deverão ser acompanhadas por equipe multidisciplinar no ambulatório de acompanhamento, periodicamente, até que complete 2.500g.

A experiência do Instituto Materno e Infantil de Pernambuco(IMIP), que recebeu prêmio “Gestão Pública e Cidadania”, em 1997, tem evidenciado dois importantes resultados: menor tempo de permanência hospitalar do bebê prematuro – média de 16 dias, quando se compara com o tempo de internação entre 60 a 90 dias observado no berçário convencional do IMIP e dos hospitais do Estado de Pernambuco e maior duração do tempo de aleitamento materno, ou seja, cerca de 95% dos bebês do programa recebem alta em aleitamento materno exclusivo, e em 30% dos casos chegam ao 6º mês de vida com aleitamento materno exclusivo. Além destes resultados, revela características importantes, que merecem considerações especiais, principalmente no que diz respeito ao enfrentamento da problemática da assistência à saúde da mulher e da criança de baixa renda no Brasil: problemas de saúde decorrentes das condições de vida, baixo nível de escolaridade e informação, dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública e as deficiências apresentadas por estes serviços (GUIMARÃES, 1998).

A autora avalia que as mães do MMC-IMIP, apesar de reconhecerem que ali, ela e seus (as) filhos (as) estão apoiados (as), explicitam o desejo de voltar o mais cedo possível para casa, festejam o ganho de peso do bebê diariamente, principalmente pela possibilidade de receberem

alta hospitalar. Todas admitem, entretanto, que ali, embora seja um hospital é diferente: as mães fazem amizade, ajudam-se mutuamente e, principalmente, aprendem a cuidar dos seus filhos.

Em geral, a visão que as usuárias do SUS têm da assistência pública não revela uma apreensão mais globalizante e coesa dos problemas enfrentados no campo da saúde. As demandas e necessidades apresentadas demonstram modos desarticulados e contraditórios de visualizarem o real. As suas representações acerca dos serviços públicos mostram-se ambíguas, segundo a realidade contraditória em que vivem (MANDU; SILVA, 1998).

Vivemos uma realidade em que esta mulher não tem acesso ao serviço de pré-natal, e quando o tem, questiono a sua qualidade. Não tem leito de maternidade assegurado para o momento do parto, termina dando à luz numa maternidade que aderiu a estratégia de humanização, MMC. Na maioria das vezes, nunca ouviu falar desta metodologia e verticalmente já está inserida nas 1ª e 2ª etapas, e, mesmo com todos os critérios de elegibilidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, é sabido que na prática institucional a mulher torna-se passiva.

Analisando a produção de sentidos sobre a maternidade em um programa de saúde neonatal da rede pública paulista, Moura e Araújo (2005) consideram que o MMC pode representar um momento de referência para a mulher diante de um parto prematuro. Para assumir essa tarefa, porém, as equipes que o aplicam precisam desenvolver ações coesas e coerentes, pois essa prática não depende de desempenho individual de qualquer profissional, por mais bem preparado e disponível que ele seja. Além disso, as instituições de saúde precisam organizar esta e outras práticas de forma a realmente incluir as usuárias (os) nas decisões e propostas a elas (es) dirigidas.

Em São Paulo, no Hospital Geral de Itapicirica da Serra, estudo realizado por Toma (2003) sobre o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa, descreve o processo de decisão para a prática do MMC como um complexo que depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio da sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva. Embora as mães percebam a importância do método para a recuperação de seus filhos, os dilemas e as dificuldades pessoais e de ordem familiar podem impedi-la de participar efetivamente do programa. A interação entre alguns fatores tais como perda de uma criança em gestação anterior, presença de outros filhos, participação do pai e de outros membros da família e arranjos domésticos, pode determinar padrões mais ou menos favoráveis à opção e prática do MMC. Gómez (2004) pontua que quanto mais congruentes são as relações intrafamiliares na comunicação, efetivamente, mais funcional será a família, analisando o impacto do MMC no convívio familiar.

Em produção jornalística paulista, Boletim Dicas, que objetiva divulgar experiências que

melhoram a qualidade de vida da população e aprofundam a democracia foi evidenciado que uma das maiores dificuldades no desenvolvimento do MMC é a não realização das visitas domiciliares. As mesmas são inicialmente previstas para o período pós-alta, em que permitiriam identificar o meio onde vive a família, prestar orientações gerais e observar a aplicação do MMC no domicílio, como também o comportamento do trinômio mãe-família-criança (MATTOS, 2001).

Na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Monti (2002) produziu cartilha educativa ilustrativa para orientação das mães acerca dos cuidados domiciliares do filho com vistas à alta hospitalar. A autora identificou em estudos sobre hospitalização de bebês em UTI neonatal e o impacto do nascimento prematuro na família, que não só a criança, mas também, sua família tem necessidades especiais.

Furlan e outros (2003) ao descrever a percepção dos pais sobre sua vivência no MMC de um hospital filantrópico do interior de São Paulo, relatam que a maior dificuldade em manter o MMC refere-se à ausência de uma filosofia institucional dirigida à humanização do cuidado, ao processo de nascimento e do RN. Tal fato repercutiu na necessidade de freqüentes negociações entre o enfermeiro, a diretoria e outros setores do hospital, a fim de conseguir área física e alimentação para as mães permanecerem em cuidado canguru. A permanência da mãe no método, nesta instituição, só foi possível em regime de semi-internação. Estratégia que pôde reduzir a ansiedade e os problemas familiares decorrentes da ausência materna no domicílio, mas, por outro lado, acarretou mudanças no cotidiano familiar.

O relato de experiência realizado na Fundação de Assistência Integral/ Hospital Sofia Feldman (FAIS/HSF), na cidade de Belo Horizonte, mostra que mesmo diante das inúmeras dificuldades impostas pelo nascimento de uma criança prematura e a necessidade de dedicação materna aos cuidados deste bebê, a mulher-mãe mãe de um bebê prematuro se sobrepõe à mulher-esposa e mães de outros filhos. O estudo permite analisar as contradições que permeiam a dedicação das mães ao cuidado mãe-canguru e a forma como elas o sentem: o cuidado mãe-canguru não se resume à colocação de mãe e filho em contato pele a pele, mas trata-se de um procedimento que possibilita estreitamento de laços afetivos, envolvimento e responsabilização (DUARTE; SENA, 2001).

Em estudo comparativo entre o tratamento utilizando o MMC e o método convencional, salientando os benefícios trazidos pelos mesmos para os pais no desenvolvimento de prematuros, identificou-se que a metodologia canguru teve um impacto positivo no desenvolvimento da percepção cognitiva e motora das crianças e no processo de parentalidade dos pais. Especularam que o MMC tem duplo impacto: direto no desenvolvimento infantil, por contribuir com a

organização neurofisiológica, e por efeito indireto por melhorar o hábito dos pais na percepção e comportamento interativo (BRASIL, 2003).

Ao buscar na literatura a temática em estudo, da análise de 65 trabalhos entre artigos, dissertações e teses, obtidos por meio de base de dados Medline, Lilacs, Bireme, Scielo, no período de 12 anos (1993- 2005), escritos em português e acessados pelas palavras-chave: prematuro, método mãe canguru, vivência, compreensão, vínculo, maternidade, fenomenologia, enfermagem, constatei que grande parte dos estudos são de enfoque qualitativo, referem-se aos pais do prematuro e se concentram nas regiões sul e sudeste. A maioria dos estudos foram desenvolvidos na cidade de São Paulo, reporto este fato, a cidade ter sido o primeiro local em que o Método foi implantado no Brasil. Na região Nordeste, foram encontrados estudos realizados em João Pessoa, no estado da Paraíba e no Recife, em Pernambuco, apenas.

A seguir sintetizo os cinco enfoques aprendidos nos trabalhos:

O primeiro enfoque, pela maior ocorrência de 58% dos estudos, refere-se a trabalhos que avaliam os pais, mais especificamente a participação materna no MMC. No segundo enfoque, 20% dos trabalhos, avaliam o processo de implantação e desenvolvimento do Método, são relatos de experiência, envolvendo também questões da prática multiprofissional. No terceiro enfoque, 13% dos trabalhos discutem sobre o vínculo mãe, filho e família. Com um percentual de 5% aparecem os estudos comparativos sobre respostas fisiológicas do RN no MMC. E em relação aos trabalhos sobre a fenomenologia, esse percentual diminui para 3%.

Esta realidade diferencia-se da análise realizada por Caetano (2004) em que os trabalhos foram escritos na língua inglesa e grande parte dos estudos foi para verificar a segurança e exequibilidade do MMC, tendo por base parâmetros fisiológicos. Dos artigos analisados, 65% compreendem estudos controlados, randomizados e descritivos que abordam os aspectos anátomo-fisiológicos do prematuro e RN baixo peso. 26% são relativos a noções gerais sobre o MMC, relatos de experiência e desenvolvimento da metodologia, principalmente em países em desenvolvimento. Os 9% restantes se referem aos pais do bebê no MMC, sobre as reações das mães diante da experiência e dos pais participantes. Considera que ainda são escassas as pesquisas realizadas em países tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento.

Venâncio e Almeida (2004), em estudo sobre a aplicação do Método no Brasil, apresentam evidências científicas do impacto do MMC para o aleitamento materno. A análise de experimentos randomizados mostrou que o mesmo consiste em fator de proteção para a amamentação exclusiva no momento da alta hospitalar; o método também está associado a redução do risco de infecção hospitalar com 41 semanas de idade gestacional corrigida; redução de enfermidades graves; redução de infecções do trato respiratório inferior aos 6 meses; e maior

ganho ponderal diário. O desenvolvimento psicomotor foi semelhante entre bebês submetidos ao Método Mãe Canguru e controles aos 12 meses, e não se evidenciou resultados sobre a mortalidade infantil.

Os autores concluem que há evidências de impacto positivo do Método Mãe Canguru sobre a prática da amamentação. Embora o método pareça reduzir a morbidade infantil, as evidências são ainda insuficientes para que o mesmo seja recomendado rotineiramente. Por outro lado, não existem relatos sobre efeitos deletérios da aplicação do método. Acreditam que há a necessidade de se realizar estudos sobre a efetividade, aplicabilidade e aceitabilidade do Método Mãe Canguru em nosso meio, mas não referem a inserção da mulher e da família na metodologia.

3 MATERNIDADE E ADOLESCÊNCIA

3.1 CONFLUÊNCIA DE SITUAÇÕES DE CRISE NO MÉTODO MÃE CANGURU: COMO RECUPERAR O VÍNCULO?

O puerpério é um momento a ser vivido por cada mulher e deve ser compreendido, respeitando-se as suas características, a sua individualidade e o seu contexto sociocultural e econômico (MERIGHI, 2003, p.131).

O Ministério da Saúde conceitua parentalidade como o processo da formação da maternalidade e paternalidade, na qual ambos – homem e mulher – durante o período gestacional, trabalham internamente informações fundamentais no vir a tornarem-se genitores, ou melhor, mãe e pai.

Na tentativa de compreender a inserção das mães no Método Mãe Canguru, faço, em primeira instância, uma revisão de literatura, atrelando aspectos relativos à adolescência e a maternidade, já que os sujeitos desta dissertação foram mães a partir de dezoito anos.. Para tanto, me respaldo em autoras (es) que trazem questões pertinentes a gênero, à crise e a vínculo.

A adolescência é o período da vida correspondente à faixa etária entre 10 e 20 anos (dez e vinte), período em que aparecem as características sexuais secundárias para a maturidade sexual, manifestam-se processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para adulta, ocorrendo, então, a transição de um estado de dependência para outro ou de relativa independência (Organização Mundial de Saúde, 1997).

Entende-se por gravidez na adolescência aquela que ocorre durante os dois primeiros anos ginecológicos da mulher, sendo a idade ginecológica zero (0) a da menarca, e/ou quando adolescente mantém total dependência social e econômica da família (AMAZARRAY et al., 1998).

Segundo Lima (1998), a gravidez na adolescência acarreta conseqüências psíquicas. Num primeiro momento, nota-se uma atitude de negação frente ao fato, e uma posterior aceitação quando este se torna real, permanecendo, porém, o sentimento de ambivalência. O assumir a gravidez vem como um ‘castigo’ encoberto por racionalizações que visam preservá-la.

O autor complementa que estas jovens experimentam os mesmos temores em relação ao parto que as mulheres adultas, porém, o medo da dor pode ser exacerbado, pois, tendem, ainda, a reagirem como crianças. Outro aspecto a ser ressaltado é o de estarem ainda num processo de reconhecimento do próprio corpo e de redefinição da identidade, e, de repente, se vêem não só como mulheres, mas também como mães. Este é um momento de crise.

Crise é classificada por Taylor (1992) como um estado de desequilíbrio resultante da

interação de um evento com os mecanismos de manejo da família, que são inadequados para atender às demandas da situação, combinado com a percepção da família ou do indivíduo sobre o evento.

Para Caplan (1980), crise é definida como o ponto em que as pressões de estresse impedem a execução de importantes metas da vida, anulando os métodos e recursos que o indivíduo estava acostumado a lançar mão para resolver seus problemas. Durante esse período, a pessoa precisa utilizar seus recursos físicos, psicológicos, sociais e culturais para manter seu equilíbrio. Pontua, também, que a crise se manifesta pela invasão de uma experiência de paralisação da continuidade do processo de vida. Se a intensidade da perturbação ou crise, seja ela evolutiva ou de crescimento, a consequência de uma mudança imprevista ou traumática aumenta, levando o indivíduo a começar a se perceber como o “outro”, isto é, uma experiência de despersonalização.

Maldonado (1985) conceitua crise ou transição existencial por mudanças, classificando tais mudanças em internas, desencadeadas por situações normais do desenvolvimento, e doenças ou traumas externas, estas surgidas a partir de perda ou de ameaça de perda de uma fonte de segurança e satisfação, gerando acúmulo de tensões que ameaçam romper o equilíbrio funcional dos mecanismos adaptativos do ego. Em qualquer um dos casos, as crises implicam num enfraquecimento temporário da estrutura básica do ego, de forma que a pessoa não consegue, por si só, utilizar seus métodos habituais de solução de problemas.

Moffatt (1982) acredita que essa descontinuidade processual da percepção da vida, organizada como uma história corrente, na qual cada uma faz das etapas parte da anterior, é vivenciada por todos nós, pois faz parte do caminho das diversas formas de existir. De acordo com o autor, as situações de crise são classificadas como evolutivas ou de desenvolvimento, situacionais, acidentais ou traumáticas. Diante desta divisão didática identifico a adolescência como uma situação de crise evolutiva, em que o estudioso em questão caracteriza pela crise das identidades.

Assim, a maternidade somada ao evento do nascimento de um filho (a) prematuro (a), como é o caso do meu estudo, pode ser classificada como uma situação de crise situacional que pode vir a tornar-se traumática, a depender da vivência da gravidez, parto e puerpério.

Os distúrbios de humor que caracterizam o período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade e as psicoses puerperais. O primeiro quadro, que se caracteriza por um distúrbio transitório de humor, atinge cerca de 60% das novas mães entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, porém, geralmente, tem remissão espontânea. Já as psicoses puerperais apresentam sintomas acentuados, os quais requerem tratamento intensivo. A incidência desse

quadro é de apenas dois a quatro casos em cada mil partos, ocorrendo entre as duas primeiras semanas pós-parto (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Nessas circunstâncias, mais importante que o nível de traumatismo sofrido, é o inesperado da nova situação que lhe é exigido viver. A pessoa se sentirá como “irreal”, e a experimentará fora do que está lhe sucedendo. De forma que o real é o que se espera, o que foi concebível, antes como possibilidade na fantasia do futuro, assim, esclarece Moffatt (1982).

O casal grávido, mais especificamente a mulher, que se dispõe, ou não, a gerar e cuidar de um RN, passa pelo processo de interação e de reestruturação de novos padrões de sentimentos e comportamentos, a exemplo tem-se a desconstrução do bebê fantasmático¹⁸ e imaginário¹⁹, para aceitação do bebê real²⁰ (BRASIL, 2002).

A vinculação materna, segundo descrição de Sluckin et al (1990), envolve o contato entre o RN e sua mãe, assim como a influência duradoura deste contato na ligação mãe-filho. A natureza dos primeiros cuidados com a criança e a forma que assumem são de primordial importância para o relacionamento entre mãe e filho.

Essa forma de organização psíquica, mudanças intensas num curto espaço de tempo, em resposta ao processo gravídico, é conceituada por Stern (1997) como “Constelação da Maternidade”, especialmente observado nas primíparas, ou seja, as que estão parindo pela primeira vez, ocorrendo também nas demais gestações. Esse fenômeno é caracterizado pela demonstração de algumas preocupações básicas, traduzidas por meio de discursos que relacionam experiências internas e externas vivenciadas pelas gestantes.

Tal dialética é intitulada pelo Ministério da Saúde como Trilogia da Maternidade. Os discursos maternos baseiam-se no discurso da mãe com sua própria mãe, consigo mesma e da mãe com seu bebê. O primeiro traz consigo memórias e lembranças dos cuidados e da relação com sua mãe; o segundo discurso é construído pela dúvida de realização dos seus sonhos, seus projetos pessoais e suas incertezas e inquietações no desempenho das suas funções maternas. Por fim, o discurso da mãe com o bebê, que é caracterizado pelas suas conversas internas com o bebê intra-útero, a partir da movimentação fetal e as imagens do bebê idealizadas pela mulher (BRASIL, 2002).

¹⁸ Trata-se de um bebê arcaico e interior que acompanha a mãe na fantasia, desde sua mais tenra infância. Impregnado e criado pelas vivências iniciais da vida da mulher, é responsável por formas de cuidado e de representação desse novo bebê, sem que os pais se dêem conta desse fenômeno (BRASIL, 2002).

¹⁹ Criado e imaginado em sonhos, pensamentos e percepções maternas, por meio da vivência que o bebê intra-útero determina no período gestacional. Permanece apenas na vida interna dos pais, sem tornar-se consciente (BRASIL, 2002).

²⁰ É o que nasce, em geral, muito diferente do fantasmático e imaginário, e deverá receber todo investimento dos pais para o seu cuidado e desenvolvimento (BRASIL, 2002).

A mulher passa, portanto, por um processo de reorganização de identidade, ocorrendo exigências de um novo trabalho mental:

Em essência, a mãe deve mudar seu centro de identidade de filha para a mãe, de esposa para progenitora, de profissional para a mãe de família, de uma geração para a precedente, precisando alterar seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo e energias, redimensionar suas atividades (BRASIL, 2002).

Segundo Kimura (1997), a mulher quando vivencia o processo de gravidez, identifica-se com uma identidade pressuposta de mãe, o que posteriormente, através de representações do cotidiano, será interiorizado e objetivado socialmente. Existe uma identidade pressuposta, que é repostada a cada momento. Nesse contexto a maternidade é vista como um fenômeno social.

O Ministério da Saúde (2002) pontua que, à medida que esse bebê vai crescendo, começam a surgir temas centrais relacionados ao processo de formação de identidade, dentre eles: tema de vida e crescimento²¹, tema de relacionar-se primário²², tema de matriz de apoio²³ e tema da reorganização da identidade²⁴.

Por conseguinte, seria a gravidez na adolescência uma questão de desinformação, representação social de status para a adolescente, um dano para a sua saúde física e mental, a inexistência de políticas públicas destinadas à adolescência, um fenômeno social, ou a desautorização, por parte dos adultos, para a mulher adolescente desempenhar o papel de mãe?

O conhecimento atual sobre adolescência e o adolescente se baseia nos resultados de pesquisas que têm o conceitual crono-biomédico como marco teórico. Muitos estudos associam a gravidez na adolescência a: assistência pré-natal deficiente, maior incidência de patologias durante e após a gestação; maior risco de morbi-mortalidade para o concepto e maior risco psicossocial. Já outras pesquisas descrevem desfechos biológicos menos favoráveis somente no grupo de adolescentes de 12 a 15 anos de idade e sugerem que a intervenção de programas de assistência pré-natal abrangentes teria o potencial de diminuir o risco de muitas dessas complicações. Questionam também se as conseqüências negativas associadas à gravidez/ maternidade na adolescência são devidas à idade gestante/mãe ou ao contexto social desfavorável em que vive antes mesmo de ficar grávida (SANTOS e SCHOR, 2001, p. 2).

²¹ Neste tema a questão central é se a mãe será ou não capaz de manter o bebê vivo, se ela conseguirá que seu bebê cresça e se desenvolva fisicamente (BRASIL, 2002).

²² Refere-se ao envolvimento social-emocional da mãe com o bebê, sua capacidade de amar, de sentir o bebê, de apresentar uma sensibilidade aumentada, identificando-se com ele para responder às suas necessidades (BRASIL, 2002).

²³ Trata-se da necessidade da mãe criar, permitir, aceitar e regular uma rede de apoio protetora para alcançar bons resultados nas duas primeiras tarefas-de manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico (BRASIL, 2002).

²⁴ Este tema refere-se à mudança do centro de identidade da mulher de filha para mãe, de esposa para progenitora, de profissional para mãe de família, de uma geração para a precedente (BRASIL, 2002).

Essas são muitas das questões discutidas nos fóruns sobre adolescência no Brasil. Contudo, os organismos internacionais e o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), trazem um discurso e uma proposta de atenção integral à saúde do adolescente enraizados no paradigma biológico e centrados no conceito de risco. A gravidez na adolescência, em particular, é abordada como problema de saúde pública, sendo um dos muitos empecilhos para a adolescente cumprir sua função social. Todavia, Santos e Schor (2001) criticam esta visão, adjetivam-na como reducionista, limitante e com possibilidade de contribuir para expor essas adolescentes a riscos adicionais.

No Rio de Janeiro foi realizado um estudo sobre a necessidade de mães adolescentes que acompanhavam seus filhos internados em unidade neonatal, e identificou-se que essas necessitavam de maiores cuidados. A falta de orientação por parte dos profissionais, a carência de estrutura física e a maior facilidade para o contato com a família surgem, primordialmente, nas falas daquelas em situação de hospitalização (LOURENÇO; SOUSA, 2002).

Outro aspecto a ser abordado, no que tange à maternidade na adolescência, é o fato da maioria dessas jovens fazerem parte, também, como mulheres e adolescentes, da parcela da população excluída socialmente. Segundo Santana (2000, p.15), o processo de exclusão de adolescentes no país tem sua origem na infância desvalorizada.

Falar a respeito de adolescentes excluídos no Brasil impõe uma reflexão acerca do tratamento que se tem dispensado à criança ao longo da história, reflexão acerca de nossas origens como nação, do descobrimento deste país pelos estrangeiros europeus, da colonização aqui processada, do papel do negro nessa nova e velha história, do real objetivo da abolição da escravatura, do processo de miserabilidade a que foram submetidos os negros alforriados, das formas de atenção dispensadas aos desvalidos, enfim, do que sobrou para os deserdados e seus filhos.

Do ponto de vista social, Mandu (2000) refere que o crescente índice de gravidez na adolescência possa estar associado ao encaminhamento restrito de políticas e práticas abrangentes de educação sexual, à escassez de serviços e medidas públicas de saúde apropriados aos adolescentes, à execução de ações educativas de caráter coercitivo em saúde/ sexualidade e reprodução e ao uso indiscriminado de métodos contraceptivos. Questiona, portanto, se o problema está na gravidez na adolescência, ou na gravidez da adolescente em determinadas condições sociais.

A gravidez na adolescência é considerada como de alto risco, mas não podemos esquecer que mais do que isso é uma gestação cercada de situações de risco. A idade materna

pode não ser um fator de risco se a adolescente for melhor informada e tiver assistência pré-natal adequada, recebendo informação sobre a amplitude dos aspectos sociais e emocionais e sobre a relação da adolescente com a gravidez e o papel materno (HOGA et al, 2001). Frente a essa análise não se pode ignorar o fato de que as adolescentes também morrem por complicações evitáveis da gravidez, parto ou puerpério, indicadores inter-relacionados à falta de acesso ao pré-natal de qualidade, ao planejamento familiar, à falta de informações, à carência de práticas educativas, à dificuldade de implementação do parto humanizado, ampliando as possibilidades de risco e de morte (MARTINS, et al., 2000).

Analisando as taxas de mortalidade materna segundo faixas etárias da mãe, Giffin e Costa (1999) identificaram a ocorrência de maior índice de mortalidade materna nas idades extremas, isto é, abaixo de 15 (quinze) e acima de 35 (trinta e cinco) anos. Destacam que houve um aumento da mortalidade materna na faixa etária entre dez e quinze anos, em todos os Estados da Região Sudeste. Nacionalmente, em relação a esse dado, torna-se importante ressaltar o fato de ser a subnotificação dos casos de morte materna significativamente elevada.

O atual governo firmou o Pacto Nacional para reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal em 15% até o fim de 2006. Hoje, no Brasil, em cada 100 mil nascidos vivos, ocorrem 74,5 mortes de mulheres. No caso das crianças, a cada mil nascidos vivos, 18,3 morrem nos primeiros 28 dias de vida.

Portanto, a maternidade na adolescência não é apenas situação de crise psíquica, mas também, de crise familiar, podendo agudizar a crise sócioeconômica-cultural e de identidade já vividas pela maioria dessas adolescentes, no desenrolar das descobertas próprias do existir.

Badinter (1985), numa reflexão histórica, questiona se o amor materno é um instinto, uma tendência feminina inata, ou se, em grande parte, depende de comportamentos sociais, variáveis com a época e os costumes.

Analisando a mulher inserida no MMC, verifico que ela, na maioria das vezes incondicionalmente, oferece calor, amor e amamentação, não preterindo aquelas que não demonstram os mesmos sinais de vinculação à criança, através do aconchego, do olhar apaixonado, do toque, do cuidado. Contudo, coaduno com o pensamento de Badinter (1985, p. 355) ao referir-se ao amor materno como um grande e valioso sentimento, mas, como tantos outros, “incerto, frágil e imperfeito”.

Sendo assim, a maternidade é uma construção histórica, social e cultural, assim como as relações de gênero. Ferreira e outros (2003) pontuam que falar de gênero é falar de feminismo, o que significa reconhecer espaços de pensamentos, saberes específicos e ações heterogêneas, tomadas, muitas vezes, como marginal no campo científico.

Na década de 60, as feministas repudiaram a visão super romanceada da maternidade. Antes das mudanças ocorridas nessa época, havia apenas uma visão, aquela de promoção na vida da maioria das mulheres: da noiva perfeita à esposa exemplar. Um descuido por parte de algumas vertentes do movimento feminista foi ignorar a maternidade, acreditando que se toda política fosse dedicada a aumentar as possibilidades da escolha profissional das mulheres, no sentido de alcançar a independência econômica, a maternidade acharia uma forma de se resolver. Ao mesmo tempo, uma escola popular do feminismo alardeava os mitos da maternidade, afirmando a superioridade moral e social da mulher em relação ao homem e defendendo as qualidades femininas, tais como a criatividade e a sensibilidade emocional (FORNA, 1999).

O amor materno existe desde a origem dos tempos. Mas, para Badinter (1985) não acredita que necessariamente esteja presente, em todas as mulheres, nem mesmo que a espécie humana só sobreviva, graças a este “instinto” maternal. Ratifica que não só o amor leva a mulher cumprir seus “deveres maternos”, como também, a moral, os valores sociais, e/ou religiosos.

Segundo Ferreira Filho (2003), as vivências sexo-afetivas e a condição sócio-econômica-cultural de algumas mulheres são fatores determinantes dos limites da maternidade. A luta pela sobrevivência de muitas dessas mulheres faz com que, as mesmas assumam diversas atividades extra-domésticas de ganho, o que possibilita uma gerência mais autônoma de suas vidas pessoais, distanciando-as do comportamento feminino presente, no imaginário social, em que prevalece o tipo ideal de esposa e mãe, voltada, apenas, para as questões familiares.

Santos (2004) salienta que mulheres de baixa renda são sensíveis e dão valor aos bons costumes, normatizados pela sociedade, conhecendo os princípios de uma vida sadia. Porém, as informações relativas à saúde lhes chegam, através das (os) profissionais da saúde e da sociedade em geral, de forma culposa, o que leva a se sentirem acusadas de não serem boas mães.

As mulheres, inseridas no Método Mãe Canguru, se optarem por não colocar seu filho na posição canguru, provavelmente, em alguns serviços, serão rotuladas pela equipe de saúde como relapsas, inconstantes e despreparadas. Considerando que muitas dessas são adolescentes, situação tratada cientificamente como um dos fatores de risco para o trabalho de parto prematuro e nascimento de recém-nascidos de baixo peso²⁵, as mães dessas adolescentes são, por extensão, vistas como culpadas.

De acordo com Nascimento (2002), a mãe da adolescente é a figura central das jovens

²⁵ Dentre os mecanismos explicativos dessa associação, encontram-se os de natureza biológica, como imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação e fatores socioculturais, como pobreza e marginalidade social, combinados ao estilo de vida adotado pela

nos casos de gravidez na adolescência. É necessário, portanto, compreender os principais elementos socioeconômico-culturais que intervêm na formulação do conceito de maternidade para as adolescentes. Werneck, Mendonça e White (2000) ressaltam que assumir a maternidade, para a adolescente, representa um exercício efetivo de controle sobre seu corpo, sua fertilidade e seu poder de ser mulher.

Portanto, neste aspecto, para tratar a condição do corpo feminino como o que envolve um equipamento, a incubadora, temos que resgatar a dimensão social deste corpo, ou seja, a articulação que se estabelece entre condição orgânica feminina e condição social de gênero. Conforme esclarecem Giffin e Costa (1999), a medicalização do corpo feminino particulariza-se nas implicações específicas da reprodução humana relacionada, por assim dizer, à sua condição orgânica. Essa afirmação significa, sobretudo, a maneira específica pela qual o corpo feminino vem sendo tratado pela medicina, a partir do momento em que se transforma em seu objeto de saber e prática. A substituição da “máquina e do especialista” pelo “humano e familiar” como acontece na prática do MMC, Rn em posição prono no peito da mãe, é destacado por Oliveira (2004), visão de um novo paradigma de atenção à saúde da criança, à mãe e à família, respeitando-a nas suas características e individualidades. Contudo, acredito que acaba sendo também, uma situação de supervalorização da condição biológica feminina, no que se refere, nesta metodologia, à amamentação.

A idéia de natureza feminina baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também, a menstruação. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante como explicação legítima e única sobre esses fenômenos. Daí decorrem idéias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos naturais e essenciais à divisão de gêneros na sociedade (VIEIRA, 2002, p.31)

Portanto, a sexualidade e a reprodução são questões no processo de medicalização, de controle sobre o corpo feminino, relacionadas ao aprimoramento de tecnologias que permitem resoluções de problemas cruciais para a sobrevivência das mulheres e, principalmente, das crianças, elementos fundamentais para a reprodução social (VIEIRA, 2002).

Autoras (es) de abordagem psicoterápica, como Montagu (1988), consideram o início do relacionamento mãe e filho (a) como um processo simbiótico: a mãe dá segurança ao bebê, juntamente com o estímulo da nutrição e o mesmo funciona para ela como agente terapêutico, acelerando sua convalescença, depois de seus esforços recentes para trazê-lo à luz da vida.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, a posição canguru foi adotada pela genitora no intuito de manter os resultados das respostas fisiológicas mais homogêneas, pois o mesmo posicionamento conduzido pelos pais tem demonstrado maior aumento nos valores referentes às frequências respiratória e cardíaca, temperatura retal e cutânea, sendo relacionado a um maior consumo de oxigênio do bebê pré-termo durante a posição com o pai canguru, devido a condução de calor do pai ser maior do que a da mãe, sem implicar no aumento da produção de calor pelo bebê (MILTERSTEINER; RECH, 2003).

Entretanto, o pai, ou seja, o homem, não é trazido, comumente, para as maternidades a fim de ceder seu corpo para a reabilitação do (a) filho (a) no pós-parto. Na cultura ocidental, é de responsabilidade feminina a vida extra-uterina. Strey e outros (2001, p. 36) explicitam que:

As tarefas humanas deveriam ser pensadas e compartilhadas igualmente por homens e mulheres. Algumas, pelo menos, por enquanto, são impossíveis de serem distribuídas por ambos os sexos. Gestar uma criança, por exemplo, somente pode ser feito agora pelas mulheres. Mas a sobrevivência da espécie e aí a concepção e gestação de crianças não deveria ser problema de mulheres. Nem sequer das famílias. Deveria ser de toda a sociedade.

As mães da década de 50 do século XX conceituavam a maternidade como abnegação, autonegação e autodoação. Na década de 70, estes adjetivos começaram a ter outra representação social, por influência do movimento feminista. As mulheres da geração de 80 tentavam se opor ao comportamento de suas mães, considerando desestimulantes os conselhos de experiências passadas (ALMEIDA, 1996).

Segundo Dias e Lopes (2003, p.63),“ algumas mulheres tentam não seguir o modelo de suas mães, e a própria cultura ou momento histórico, podem estimular modelos contraditórios com o modelo materno padronizado. Mas até que ponto os valores maternos são abandonados?”

Em estudo realizado no sul do país sobre representações de mães jovens e suas mães, constatou-se que dedicação e carinho permanecem como esquemas referenciais básicos da maternidade em ambas as gerações. A visão clássica, de mãe ligada ao afeto, ainda sobrepõe os aspectos históricos, culturais e sociais da maternidade (DIAS; LOPES, 2003). Desse modo, Almeida (1996, p.39) esclarece como a maternidade vem assumindo o papel de projeto pessoal e de escolha na vida das mulheres:

A maternidade não é um fato transcultural inevitável. As atividades domésticas, a socialização dos filhos, a maternação e demais responsabilidades se modificam em resposta a certas mudanças na organização de produção e em atendimento a interesses econômicos, políticos e sociais. Apesar do ser feminino ter sido, ao longo dos tempos, destinado ao espaço privado e voltado para a maternidade, nota-se que esse mito está

sendo questionado de modo que, muitas mulheres escolhem outros caminhos para a sua vida, sem tantos preconceitos que anteriormente as acompanhavam.

Diante do exposto, é possível afirmar que ser mãe, mulher e virgem foram os objetivos e papéis femininos ecoados pela sociedade por muito tempo, enfatizados pelo modelo mariano²⁶, sustentado pela igreja. Entretanto, há diferenças na consolidação desses papéis a depender da raça e da classe social a que pertencem essas mulheres. Sendo “impossível separar gênero, raça e classe”, nos estudos sobre a mulher na atualidade (DESOUZA et al., 2000, p.485).

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 e, o que é mais importante, que se entrega totalmente. 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. Acreditamos que ela é a melhor, e a única capaz de cuidar corretamente dos filhos, e que eles exigem sua presença contínua e exclusiva. Ela deve incorporar todas as qualidades tradicionalmente associadas à feminilidade, tais como acolhimento, ternura e intimidade. Queremos que ela seja assim e é assim que tentamos fazê-la (FORNA, 1999, p.11).

A identidade sexual, conforme Lima (2003), é biológica. Refere-se às partes biológicas que determinam se uma pessoa é macho ou fêmea, com significados relativos à anatomia e fisiologia, excluindo os aspectos que não apresentam significados essencialmente biológicos como: comportamento, sentimentos, pensamentos e imaginação. Desse modo, torna-se importante compreender a construção de gênero como princípio da organização social com sua relatividade histórica.

Não obstante, Lopes (1996) ratifica as idéias de Joan Scott, historiadora influente nos estudos de gênero no Brasil e exterior, que trazem a reflexão de que é desafiador romper estes esquemas binários, polares, do masculino e do feminino na nossa sociedade, apesar de atualmente, percebermos uma crescente participação das mulheres no mercado de trabalho. Carvalho e Pereira (2003) acreditam que esta constatação representa profundas mudanças de comportamento social nos últimos trinta anos no Brasil, especialmente nos centros urbanos.

Pontuam ainda, que, independentemente das crises político-financeiras por que passa o mundo, principalmente o continente latino-americano, com suas políticas neoliberais e conseqüente diminuição de empregos, as mulheres vêm ocupando um espaço nunca antes alcançando. É importante ressaltar que essa transformação não se deu gratuitamente. Faz parte de um processo de transição, fruto de muitas lutas. Fatores como a conquista de liberdade de

expressão e ação feminina possibilitando um grande número de mulheres alcançar nível de escolaridade superior, a queda de salário real dos homens, fato que levou suas parceiras à necessidade de “complementação da renda familiar”, o crescimento das indústrias, dos anos 70 para cá, ampliaram a inserção feminina no mercado de trabalho (CARVALHO; PEREIRA, 2003).

Segundo Forna (1999), os sociólogos falam em feminização da família e feminização da pobreza como fatos da vida cada vez mais manifestos. São duas tendências firmemente enraizadas num sistema de crenças que coloca a família no reino da responsabilidade feminina, criando uma divisão artificial do público e do privado de modo a construir uma determinada maternidade.

Nessa abordagem, a partir da década de 1980, surgem três perspectivas teóricas que analisam as relações de gênero na sociedade. Oliveira (1999) destaca que embora elas não sejam excludentes, apontam algumas diferenciações.

A primeira corrente, denominada relações sociais de sexo, privilegiou no início a divisão social do trabalho como núcleo motor da desigualdade. Recentemente, incorpora a noção foucaultiana de poder²⁷ em suas relações sociais de sexo, provocando assim uma desconstrução paradigmática no âmbito do próprio conceito de relações de gênero.

A segunda corrente de pensamento estuda a diferenciação entre os sexos a partir da perspectiva que concebe gênero como um sistema de hierarquização de *status* ou prestígio social. Recuperação da teoria psicanalítica que ressalta a socialização como aprendizagem de papéis que se representam ao longo da vida. Nessa linha estão os estudos sobre a maternidade, destacando-se entre as autoras mais conhecidas a psicanalista Nancy Chodorow (OLIVEIRA, 1999).

A terceira perspectiva considera as relações de gênero como sistemas de poder resultantes de um conflito social. O autor acima referido classifica Gayl Rubin como uma das pioneiras desta perspectiva.

Collière (1999) traz uma vasta análise sobre a identificação das práticas de cuidados, com as mulheres. Acredita que o mistério da maternidade e, de forma mais ampla, o mistério da fisiologia feminina, serviu de fio condutor a um conjunto de práticas de cuidados construídas à

²⁶ Relativo à Virgem Maria ou ao seu culto (HOUAISS, 2003).

²⁷ O teórico francês, filósofo, psicólogo, Paul Michel Foucault, comumente chamado de pós-estruturalista, acredita que a sociedade capitalista não obrigou o sexo a calar-se ou a esconder-se. Ao contrário, desde meados do século XVI – processo que se intensificou a partir do século XIX com o nascimento das ciências humanas – o sexo foi incitado a se manifestar. Proliferação de discursos que não se caracteriza por uma existência lateral, ilícita, por ser justamente o poder que nos convida a enunciar a nossa sexualidade.(FOUCAULT, 1988).

nossa volta.

No momento atual, estudar a maternidade é pontuar as desigualdades sociais vivenciadas pelas mulheres, a influência da política neoliberalista, a articulação do movimento feminista, a compreensão da categoria gênero, bem como o contexto econômico e social, em que se desenvolvem as políticas públicas de atenção à saúde da mulher. Ele conclui que a instituição da maternidade, ou seja, a forma como se delineou na sociedade o papel feminino de ser mãe não torna a mulher mais realizada como pessoa. O rótulo “o amor é tudo”, menciona Forna (1999), minimiza as demais necessidades das mães, como também dos filhos.

Contudo, a mulher no MMC vive o tornar-se mãe, às vezes mãe adolescente, já em situação de crise, diante de uma situação traumática que é o nascimento de um bebê prematuro, inserida numa estratégia assistencial que, entre outras coisas, valoriza o vínculo afetivo. O nascimento prematuro acarreta uma ruptura deste vínculo que já começa a ser estabelecido na vida intra-uterina. Com a separação nas primeiras horas de vida e dias subseqüentes, a mãe e o RN são afastados da possibilidade de se comportarem como mãe e filho (a) e despertarem o comportamento materno e o fortalecimento do vínculo. Portanto, como recuperar o vínculo nesse contexto?

Aliado aos fatores contextualizados anteriormente referentes aos aspectos históricos, culturais e sociais da maternidade, está o fato de que a mãe do RN prematuro, principalmente se esta for adolescente, não tem tempo suficiente para amadurecer, psiquicamente, questões relativas à formação de laços afetivos (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde (2002) conceitua ligação afetiva como um relacionamento único entre duas pessoas, sendo ela específica e duradoura ao longo do tempo. A ligação afetiva entre pais e um novo bebê não acontece logo, é um processo contínuo. Numa fase inicial, não significa que pais que apresentam dificuldades com o bebê deixarão de formar laços afetivos com ele. Considera, também, que existem momentos significativos para a formação da ligação afetiva, a exemplo da pré-história da ligação afetiva²⁸, do alvorecer da ligação afetiva²⁹, do trabalho de parto³⁰ e do momento após o nascimento³¹.

²⁸ Este momento corresponde ao desejo de ter filhos e ao planejamento da gravidez, o que não quer dizer que um bebê que inicialmente não foi programado ou desejado, não possa estabelecer ligação afetiva com seus pais e vice-versa (BRASIL, 2002).

²⁹ O alvorecer ocorre durante a gestação. São sinais do alvorecer da ligação afetiva: confirmar a gravidez e aceitá-la, ter interesse em aprender sobre o futuro bebê, ter sentimentos positivos aos movimentos fetais (BRASIL, 2002).

³⁰ É o momento em que o apoio emocional e contínuo influencia de modo positivo as interações dos pais com o bebê. Trabalhos de parto e parto longos e difíceis podem levar ao estresse pós-traumático e conseqüente rejeição materna, passa a culpar o bebê pelo sofrimento vivenciado (BRASIL, 2002).

³¹ Este período corresponde de transição marcado pelo luto do bebê imaginário e adaptação ao bebê real. O que vai contribuir pra a formação e fortalecimento dos laços afetivos é o fato de poder ver, tocar e

Beauvoir (1980) cita que, quanto ao sentimento ambíguo da mulher em relação ao seu filho, o instinto materno não existe, pois a atitude da mãe é definida pelo conjunto das suas vivências. Desta forma, quando as circunstâncias não forem totalmente desfavoráveis, a mãe encontrará um sentido para a experiência de ter tido um filho. O vínculo afetivo, então, se constrói.

Na última década, o contato pele a pele entre a mãe e o filho tem sido fortemente recomendado por alguns grupos, chegando mesmo a ser considerado como imperativo. Isto estimulou as discussões sobre a teoria do vínculo, que acabou fornecendo os elementos para justificação, bem como servindo de razão para o contato precoce entre a mãe e o bebê. Alega-se agora ser este contato necessário para que a mãe desenvolva uma ligação verdadeira, forte e duradoura com seu filho e deste com ela (SLUCKIN et al, 1990).

São indicadores de ligação afetiva após o nascimento, embora não seja tão simples definir esse relacionamento duradouro, o olhar prolongado, o acariciar, o aconchegar, o abraçar, o beijar. Condutas que mantêm o contato e que geralmente demonstram a existência de afeto (BRASIL, 2002).

O pediatra inglês Donald Wood Winnicott foi um incansável lutador pela humanização das relações. A puericultura, ciência e prática tradicionalmente autoritária e normativa, pretendia e ainda hoje pretende dizer à mãe como cuidar do RN. Ele acredita que as mães não precisam ser perfeitas, basta que sejam boas o bastante e saibam segurar os filhos (as) com toda riqueza de significados que a tradução da palavra *holding* possa conter (PAIVA, 2005, p 41).

A obra de Winnicott é caracterizada como um arcabouço conceitual cujas incidências na clínica contemporânea são cada vez mais frequentes, reafirmando sua importância para a atualidade. Winnicott através da evocação de imagens desenvolve conceitos tão destacados como o *handling* e *holding*³², montados a partir do comportamento materno (instrumento) e funcionamento psíquico (disposição básica) para os cuidados com o RN, sendo a eficiência materna e seu funcionamento psíquico um de seus objetos de estudo (MEYER, 2004).

John Bowlby, psiquiatra e psicanalista inglês, após a Segunda Guerra Mundial, e sob

cuidar do bebê (BRASIL, 2002).

³² A identificação da mãe com o bebê é o que Winnicott vai chamar de *handling* e *holding*, que seria essa proteção, o toque, cuidado adequado contínuo da mãe para o seu bebê. A partir disso, vê-se uma mãe suficientemente boa, aquela que possui uma rede de vínculos afetivos e que proporcione proteção (CLEYER, 2004).

influência dos etólogos, desenvolveu a Teoria do Apego³³, trazendo controvérsias para a área da psicologia. Privilegia o nível interpessoal da relação mãe e bebê, e não teoria intrapsíquica, acusada de esvaziar as representações mentais, a questão da ausência do objeto e a sexualidade infantil. Para este estudioso, ao nascer, o ser humano possui uma forte tendência para estabelecer ligações afetivas (apego) com uma figura específica que seria um sujeito de maior contato (figura de apego). O apego é uma necessidade básica primária, essencial para a sobrevivência do indivíduo, no sentido de que tem a função de proteção e não de satisfação de outras necessidades. O comportamento de apego não é apresentado pelo bebê nos primeiros meses, porém, condições favoráveis de interação social com a figura materna e o desenvolvimento cognitivo dão possibilidade para que o comportamento de apego seja apresentado no segundo semestre de vida (MEYER, 2004).

Segundo Ávila (1998) é através do cuidado do adulto, satisfazendo as necessidades básicas da criança de alimento, higiene, vestuário, hidratação, aconchego e afeto que ela e os pais vão se conhecendo, sentindo um ao outro e construindo um relacionamento e um elo de convivência.

No entanto, Sluckin e outros (1990) questionam se a expressão vínculo materno sugere que exista um laço entre mãe e filho característico unicamente do sexo feminino. O pai terá acesso a esse relacionamento independente de quanto ele ame o seu filho? Será que o vínculo materno deve ser equiparado à expressão “amor materno?”

Classifica-se o termo vinculação através de um comportamento de dedicação, a exemplo da qualidade da forma como a mãe amamenta seu bebê. Diferente das mulheres, os pais não sofrem alterações hormonais, não passam por nenhuma experiência física ou emocional (gravidez e parto) que os auxilie na adaptação e identificação com seu novo filho. Trata-se de uma forma secundária de relacionamento. Seja lá o que for, a vinculação materna serve como metáfora, evocativa de processos femininos misteriosos e específicos que ocorrem durante curto período de tempo, cuja função é a de atar a mãe ao filho num relacionamento envolvente de amor, paciência e carinho (SLUCKIN et al, 1990).

Os autores acima sustentam que a vinculação direta entre a mãe e a criança começa durante os primeiros momentos da vida do RN. Assim exprimem:

Quando um recém-nascido é seguro na posição horizontal, ele, reflexivamente, vira a

³³ Estudiosos do comportamento instintivo (MEYER, 2004).

cabeça na direção da pessoa que o está segurando. A mãe deleita-se quando o bebê olha para ela. Sua tendência é a de acariciá-lo com suavidade. Toda essa exploração faz parte do processo de reivindicação. Durante esse processo a mãe está consciente e inconscientemente procurando maneiras de afirmar que se trata do seu filho. Estudos baseados em vídeo-teipes de interações entre mãe e filho, feitos durante partos e estados pós-parto em maternidades, indicam que quando a mãe não participa ativamente deste processo de reivindicação, a família fica altamente arriscada a sofrer no futuro graves dificuldades no relacionamento pais-filho.

Ao se pensar quem seria o melhor cuidador para esse RN, indubitavelmente seria a mãe. É imprescindível ser cuidado por alguém que o torne único. As (os) profissionais de saúde são apenas estudiosas (os) do cuidado e que no cotidiano profissional, a exemplo da 1ª etapa do MMC, quando o RN ainda está sob cuidados intensivos, não oportunizam essa mulher, muitas vezes adolescente, ser mãe. Zeveiter (2005) menciona que ser mãe não é natural, a maioria das mulheres nasce com o potencial para essa função/papel, porém tem que funcionar como mãe.

O MMC surge na tentativa, também, de reparar o abismo nessa formação do vínculo materno e futuro apego com o nascimento repentino de um filho inesperado, mais especificamente na 2ª etapa do método. Apesar da mulher não se sentir premiada com o nascimento, de sentir-se culpada e de receber o rótulo mãe-canguru, sente-se mais próxima ao colocar o bebê no colo, no seu peito, e de poder cuidá-lo livremente. O mais rápido possível começará a sentir-se mãe, mesmo em situação de crise, esta agudizada pela hospitalização, como esclarecem Sluckin et al (1990):

(...) os efeitos nocivos da separação entre os pais e filhos no período neonatal é parcial e incompetente. Há uma boa dose de evidências de que os bebês podem suportar bem separações iniciais e prolongadas dos pais e que podem se desenvolver em todos os sentidos, daí para a frente. Há também indicações de que as mães podem, em circunstâncias favoráveis, desempenhar perfeitamente suas funções maternas após se reunirem a seus bebês prematuros, cuidando deles de forma competente, e ligando-se a eles de maneira tão forte quanto as mães de bebês nascidos a termo.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA

Todo *Ser e Tempo* caminha na possibilidade de mostrar e dizer isto: ser significa tempo (DUBOIS, 2004, p.9).

Este estudo possui a Fenomenologia como concepção teórico-filosófica, tendo em vista esta se preocupar em mostrar e não demonstrar ou explicitar as estruturas em que a experiência se verifica. Visa, na descrição da experiência vivida, deixar transparecer a sua estrutura universal como bem pontua Capalbo (1996).

Edmund Husserl, filósofo alemão intitulado criador e/ou pai da fenomenologia, explicitamente, toma posição frente ao psicologismo, defendendo este método como uma ciência rigorosa, mas não exata, uma ciência eidética³⁴ que procede por descrição (CAPALBO, 1996).

No pensar husserliano, a fenomenologia, além de uma corrente filosófica, foi proposta como método que vai se preocupar com o fenômeno, visando a sua essência. Neste sentido, no intuito de apreensão do sentido do fenômeno, Husserl apresentou sua máxima afirmando ser a fenomenologia como um ‘retorno às coisas mesmas’, uma volta às coisas naturais, tais como aparecem, antes de qualquer deformação produzida pelo saber científico (DAMASCENO, 1997).

Husserl considerava que “o objetivo só é objeto porque há uma consciência que lhe atribui significado, só existe algo objetivo porque antes passou pela subjetividade” (MERIGHI, 2003, p.31)

Stein (2004) assevera que a fenomenologia representa um domínio de pesquisas neutras, no qual as diferentes ciências têm suas raízes. De um lado ela é útil à psicologia como ciência empírica. Pelo outro, seu método puro e intuitivo, analisa e descreve a generalidade da essência, especialmente enquanto fenomenologia do pensar e do conhecer, as vivências de representação, do juízo, do conhecimento, que a psicologia submete à sua investigação.

O autor supracitado ainda pontua que a fenomenologia com um chamado à sinceridade e à radicalidade da interrogação filosófica veio, antes de tudo, abrir horizontes para a elaboração das intuições e experiências metafísicas dos que aderiram a esta concepção teórico-filosófica.

Heidegger (1997a) conceitua fenomenologia como o modo que se de-monstra e se trata o que nesta ciência deve ser tratado. Ciência dos fenômenos significa apreender os objetos de tal

³⁴ Ciência que tem por objetivo captar a essência dos fenômenos, aquilo que se manifesta por si mesmo, de modo que não o parcializa, ou o explica a partir de conceitos prévios, de crenças ou afirmações sobre o mesmo

maneira que se deve tratar de tudo que está em discussão, numa de-monstração e procedimentos diretos. Portanto, um sentido diferente das designações que evocam os objetos de outras ciências, em seu conteúdo.

Inwood (2002) descreve as duas palavras constituintes do termo fenomenologia, *phainomenon* e *logos*, e esclarece que os seus significados convergem. Fenomenologia significa deixar e fazer ver, por si mesmo, aquilo que se mostra (*phainomenon*), tal como se mostra a partir de si mesmo. Ela não especifica o que são os fenômenos, apenas como devemos deles nos aproximar. Esses devem ser demonstrados diretamente, e não postulados a partir de outros fenômenos ou de doutrinas tradicionais.

A fenomenologia põe em foco aspectos que, embora normalmente se mostrem de forma implícita e não tematizada, podem mostrar-se tematicamente. Esta concepção filosófica torna-se necessária já que alguns temas, especialmente o do próprio ser, estão velados. Não porque ainda não o descobrimos ou simplesmente esquecemos, mas porque ou estão muito próximos e familiares, para que os notemos, ou estão enterrados em conceitos tradicionais (INWOOD, 2002).

A compreensão de fenômeno depende de uma visão de como ambos, os significados de fenômeno, quer seja fenômeno com o que se mostra ou fenômeno como aparecer, parecer e aparência se inter-relacionam reciprocamente em sua estrutura. Somente na medida em que algo pretende mostrar-se em seu sentido, isto é, algo pretende ser fenômeno, é que pode mostrar-se como algo que ele mesmo não é, 'pode apenas se fazer ver assim com' (HEIDEGGER, 1997a).

Merighi (2003) considera que a Fenomenologia objetiva descrever a experiência tal como ela realmente se apresenta ou é experienciada, incluindo o significado que estas experiências têm para os indivíduos que delas participam. Assim sendo, tal corrente de pensamento:

[...] não procura as condições sobre as quais o juízo é verdade e, sim, o sentido que funda o comportamento daquilo que o sujeito tem na consciência quando ele ama, sente felicidade, tristeza, adoece, vive..., e que é expresso através do discurso - mundo da linguagem, da totalidade das palavras, dos gestos, do silêncio, do tom de voz, da expressão fisionômica e do discurso escrito. Questões significativas à existência humana, como o amor, a angústia, a liberdade, a desesperança, o medo e o próprio existir, dão-se no homem e merecem um olhar de natureza compreensiva (LOPES, et al., 1995, p.50).

A Fenomenologia de Husserl teve grande influência na filosofia moderna. Correntes do pensamento que foram populares nos tempos de pós-Segunda Guerra Mundial, a exemplo do existencialismo, se alimentaram na fonte fenomenológica. Martin Heidegger, Jean Paul Sartre e

Maurice Merleau-Ponty, por um lado representando o existencialismo ateísta³⁵. Por outro, Van Breda, Gariel Marcel e Karl Jaspers, entre outros, cultivavam a crença em Deus. E defendendo a idéia de que o pensar deve ser existencial, o filósofo dinamarquês Sören Aaybye Kierkegaard (TRIVIÑOS, 1997).

Esses grupos de pensadores apresentam peculiaridades de acordo com o objeto de estudo de cada um. Desse modo, após leituras e orientações para a elaboração desta dissertação, tendo em vista ser o objeto de estudo o *sentido* de ser-mulher-puérpera no MMC, a interpretação fenomenológica é pautada no referencial heideggeriano.

Dubois (2004) menciona que toda tentativa de compreender o pensamento de Heidegger deve começar por *Ser e Tempo*, um dos grandes livros da filosofia, cuja redação se estendeu de 1923 a 1926. O pensador aponta no conteúdo desta obra literária a necessidade da discussão do sentido do ser.

As perspectivas nas quais *Ser e Tempo* é lido, por quase 80 (oitenta) anos após sua publicação, são certamente novas, segundo Stein (2005). Mesmo após 15 (quinze) anos de sua morte, o silêncio do filósofo vem sendo rompido pela edição póstuma de muitas de suas obras, em especial, o célebre *Ser e Tempo*, obra cuja intenção programática é a ontologia fundamental. Sua pretensão metodológica visa a validade transcendental.

O esteio do pensamento heideggeriano é a filosofia do ser - a ontologia existencial. A essência do homem está na sua existência, no seu ser-no-mundo, assim, eu só sou porque existo. Deste modo, existir é estar em relação com os outros. O homem é, então, responsável pelo que ele é e por sua própria existência (BARRETO; MOREIRA, 2001).

Ao trazer a reflexão do ser, o pensador aponta a estrutura formal na qual reside o questionado - o ser, o interrogado - o ente e o perguntado - o sentido do ser. Além disso, mostra os dois primados da questão. O primeiro é o ontológico – para chegar ao ser, é preciso captar o que funda o conceito de ser como sendo aquilo que é. Já no primado ôntico, para chegar ao ser, há que se partir do ente, pois o ser é sempre o ser de um ente (DAMASCENO 1996).

Heidegger criou uma linguagem própria, através da hifenação, a fim de desvelar o sentido real das palavras, como também, ampliação do seu significado. Em toda vasta extensão da obra heideggeriana, há uma preocupação em explorar as raízes da linguagem, o que garante à sua investigação filosófica uma riqueza semântica (LOPES, 1999).

O filósofo baseia-se no *eidós* (essência), *Dasein* ou ser-aí, ou seja, o humano que é um ser-no-mundo-com-os-outros-e-com-as-coisas e na *epoché*, ou etapa metodológica da redução

³⁵ Cabe aqui destacar que primeiro negava o rótulo de existencialista que lhe fora atribuído.

fenomenológica, a existência do mundo deve ser colocada em suspensão (BARRETO; MOREIRA, 2001).

Capalbo (1996) considera que o nascimento da linguagem é feito nesta “gesticulação emocional” que permite ao ser humano fazer da realidade um mundo segundo ele mesmo, um mundo expresso, que se faz expressão, que adquire forma. A palavra é um caso particular da expressão humana.

A produção científica nacional e internacional desenvolvida com o suporte da fenomenologia por enfermeiras (os) docentes e assistenciais é significativa, ratifica Lopes (1999). Urge a necessidade de compreensão de algumas situações de saúde e doença experienciadas pela clientela em sua totalidade existencial, pois, conforme ressalta Carvalho (1991), as vivências pertencem à ordem dos motivos e precisam ser compreendidas.

O método fenomenológico surge como uma alternativa de abordagem filosófica, reação ao idealismo e ao positivismo, a fim de estudar o homem em sua totalidade existencial. Neste sentido, compreender a vivência de mães inseridas no MMC é apreender os fenômenos vividos por estes sujeitos, que emergem dos atos e correlatos de sua consciência, assim como destaca Capalbo (1996).

Na formulação desta dissertação, questiono o ser-mulher-puérpera, interrogo o ser-mulher-puérpera no MMC e pergunto o sentido de ser-mulher-puérpera no MMC.

A partir da descrição da vivência de mães de prematuros que estão inseridas no MMC, objetivo compreender tal vivência, embora, segundo o método fenomenológico, a compreensão não se mostre de maneira plena, pois a subjetividade da natureza humana impossibilita o seu desvelamento total (REICHERT et al., 2002).

Nesta busca de respostas, não há priorização entre o objeto e/ou sujeito, a relação centra-se no sujeito-objeto-mundo. Considerarei esse caminho como possibilidade de referência teórica, da mesma forma que Lopes (1999) em sua tese reconhece que a fundamentação técnico-científico não é suficiente para esclarecer questões referentes à existência humana detectadas no cotidiano de enfermeira e docente.

Portanto, concordo com Merighi (1995) quando menciona que o método fenomenológico é adequado para a enfermagem, pois as respostas são dadas pelas pessoas que vivenciam o fenômeno.

Bruns e Holanda (2003) relatam que são poucos os que desafiam o embate dos diferentes entendimentos sobre o que é a fenomenologia e ousam referir-se a esse termo complexo e polêmico. Os adjetivos foram referidos à fenomenologia porque o método exige grande cuidado teórico por parte de quem pesquisa, não sendo fácil estabelecer um diálogo entre a evidência, a

intuição e a lógica. Alguns (mas) estudiosos (as) vêm nesta ciência, uma ferramenta ética e poderosa para mediar relações entre ciência, tecnologia e ecologia. Portanto, esta investigação é um esforço para encontrar no movimento fenomenológico a compreensão existencial que permita, no cotidiano da assistência hospitalar, cuidar do ser-mulher-puérpera inserida no MMC valorizando sua singularidade.

5 ABORDAGEM METODOLÓGICA

5.1 ADERÊNCIA DO MÉTODO EM HEIDEGGER AO OBJETO DE ESTUDO

Descrever os meus sentimentos ou os sentimentos observados em outros (experiência consciente) pode ser a base empírica para uma análise lógica e sistematizada da evidência contida nestas verbalizações (consciência da experiência) (BRUNS E HOLANDA, 2003).

A escolha pela fenomenologia se deu a partir dos conhecimentos discutidos na disciplina Concepções Teóricas³⁶, em que optei, já inclinada pelo meu projeto em etapas preliminares de construção, a apresentar um Seminário sobre Fenomenologia. Esse foi o primeiro contato com este referencial, tendo uma maior identificação com a literatura de Martin Heidegger, filósofo do ser, principalmente pela expressiva produção científica de enfermagem, dentre artigos científicos, dissertações, teses e livros, que se ancoram neste pensador. A partir daí, leituras foram sendo indicadas pela orientadora, através das quais pude refletir mais sobre o objeto de estudo e concluir que não é difícil “cair nos braços” da filosofia quando se pensa no cuidado.

O estudo do “ser enquanto ser”, a ontologia heideggeriana, não procura conceitos, ou causas para a compreensão do ser. Para Heidegger (1981), o ontológico³⁷ é aquilo que possibilita a existência.

Trata-se de um estudo de natureza compreensiva de abordagem fenomenológica, por entender que existem várias maneiras de algo se tornar manifesto, presente, criado produzido, atuado, sentido (HEIDEGGER, 1981). Assim, compreender a vivência de mães inseridas no MMC é trazer para a investigação a relação sujeito-objeto-mundo das adolescentes, da família, da pesquisadora, das (os) trabalhadoras (es) de saúde da unidade, pois é uma experiência de partilha, de intersubjetividade, sem julgamentos ou supervalorização de saberes.

Dubois (2004) pontua que o método fenomenológico de pesquisa, a fenomenologia, é uma ciência do ser absoluto, a consciência transcendental, como se manifesta o que é investigado e como é necessário abordá-lo a partir do seu modo de aparição. Portanto, busquei compreender a vivência de mães no MMC, com as suas significações essenciais.

5.2 A VIVÊNCIA DA AMBIENTAÇÃO E A DESCRIÇÃO DO *LOCUS* DO ESTUDO

³⁶ Disciplina obrigatória oferecida Pelo Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFBA, cursada em 2004.1

³⁷ Adjetivo do termo ontologia que significa uma compreensão implícita e conceitual de ser (INWOOD,

No contexto da fenomenologia, têm-se os sujeitos, o ser humano, também como um fenômeno, o mais complexo, talvez, o mais completo (HOLANDA, 1997).

O Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS), ou mais comumente referido como Hospital da Mulher, está situado na cidade de Feira de Santana, localizada na região Centro-Oeste do Estado da Bahia. Esta cidade surgiu no século XVIII de uma feira de bovinos, emancipando-se em 1833, e quarenta anos depois, foi elevada à categoria de cidade. Tem como base econômica o comércio, a pecuária e a indústria, sendo as atividades comerciais a sua principal fonte de renda. Tais atividades são favorecidas pela localização geográfica - maior entroncamento rodoviário das regiões Norte e Nordeste, interligando rodovias federais estaduais, distante 110km da capital do Estado (ALMEIDA, 1998).

O município tem como base territorial 1.854 km, apresenta uma população estimada de 480.949 habitantes, com predominância do sexo feminino e moradoras da zona urbana (IBGE, 2003). Está habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde, obedecendo às exigências da Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS) 2000, com implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), aprimoramento das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). É sede da Segunda Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia, possuindo quatro hospitais credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS): um filantrópico, dois estatais (um especializado em psiquiatria e outro Geral, referência para os atendimentos de Feira de Santana e circunvizinhança, microrregião de aproximadamente um milhão e meio de habitantes) e o quarto, municipal, especializado na atenção à mulher.

O Hospital da Mulher, assim intitulado pela população, por se tratar do único hospital da cidade especializado na assistência a mulher, foi idealizado há treze anos por médicos de instituições privadas e tem sido ampliado no decorrer dos anos, para melhor assistir a mulher, e, na atualidade, a criança, com a construção da Unidade Método Mãe Canguru e recentemente, do Hospital da Criança.

É uma maternidade com 120 leitos, com atendimento às urgências e emergências obstétricas, leitos de internação para as intercorrências obstétricas, sendo as mais frequentes trabalho de parto prematuro e doença hipertensiva específica da gestação, leitos para os partos normais e cesáreas, o primeiro tipo de parto citado atingindo o maior percentual, e leitos destinados aos recém-nascidos de risco.

O hospital dispõe de uma área de 10.890m², com mais de 6.825 m² de área construída, composta da seguinte forma: recepção / emergência, área administrativa (englobando as direções de enfermagem, médica, administrativa, geral, recursos humanos e serviço social), centro obstétrico, centro cirúrgico, enfermaria A, destinada aos internamentos das mulheres com intercorrências obstétricas, enfermaria B, para o pós-parto das cesáreas e das cirurgias eletivas, enfermaria C, para os pós-partos normais, central de material de esterilização, berçário de alto risco, alojamento canguru, casa da puérpera³⁸, Banco de Leite Humano (BLH), ambulatório para atendimento pré-natal de alto risco, Central de Processamento de Dados (CPD), laboratório, que é referência para atendimento municipal, lavanderia e rouparia, farmácia, almoxarifado e serviço de nutrição e dietética. Os instrumentos técnicos administrativos que norteiam o hospital, são o Plano de Saúde Municipal, o Regimento Interno e os Protocolos de assistência dos setores.

A Instituição recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, há dez anos, por respeitar as normas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), seguindo os dez passos para o sucesso no aleitamento materno e pelas as ações desenvolvidas pelo BLH. O perfil das usuárias do Hospital da Mulher é caracterizado por adultas jovens, na faixa etária de 20-29 anos, procedentes de Feira de Santana, solteiras, profissionais do lar³⁹ e internadas em sua maioria em situação de parto.

Esta maternidade foi escolhida como campo para desenvolvimento desta investigação, por ser meu espaço de atuação profissional, desde a graduação como bolsista de Projeto de extensão pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no período de 1998 a 2000. Em janeiro de 2000, comecei a atuar como enfermeira e lá permaneci por quatro anos exercendo atividades como enfermeira assistencial no centro-obstétrico e berçário, supervisão do serviço de enfermagem, assistência ao pré-natal, educação continuada e coordenação da implantação e implementação do Projeto de Atenção Humanizada, Método Mãe Canguru.

Como docente, na mesma unidade hospitalar, em 2001, atuava como preceptora da Disciplina Estágio da UEFS, e em 2002, como preceptora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UEFS. Portanto, a minha formação de enfermeira / docente se configurou neste espaço hospitalar que considero, muitas vezes, acolhedor e familiar, pelas relações estabelecidas de maneira envolvente e significativa.

O MMC foi implantado em 8 de março de 2002, tendo suas atividades iniciadas, efetivamente, seis meses depois, quando se conseguiu os ajustes necessários no que diz respeito

³⁸ Setor destinado ao alojamento das puérperas com os recém-nascidos no berçário de alto risco, a fim de minimizar a ansiedade dessas mães ao verem as outras puérperas com seus filhos(as), sem restrições para a alta hospitalar.

à estrutura física, aos recursos humanos, materiais e ao treinamento de pessoal, para a segunda etapa do método. Tratava-se de mudanças no desempenho de uma prática profissional, portanto, encontrei dificuldades para sensibilizar a equipe médica e de enfermagem a começar a dar alta aos bebês prematuros, assim que alcançassem estabilidade clínica para uma unidade sem equipamentos, que compreendessem a eficácia dos princípios calor, amor e amamentação, afastando-se das técnicas intervencionistas, e de convencer a direção do Hospital que precisávamos trabalhar com uma equipe interdisciplinar.

Em *workshop* realizado em 1997 pelo Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto (GENP), cuja temática era humanização, foram identificados como obstáculos a essa prática: a falta de disponibilidade dos profissionais para alterar suas práticas e se desfazer dos conhecimentos e atitudes aprendidos durante sua formação; grande rotatividade e emprego nos serviços de saúde o que dificulta o processo de integração das equipes e torna necessário um processo contínuo de treinamento de profissionais e, ainda, a falta de comunicação no interior dos serviços (RATTNER, 2005).

A primeira etapa do MMC, cujas atividades, de acordo com o Ministério da Saúde devem ser desenvolvidas em unidade de terapia intensiva neonatal e/ou berçário de alto risco, é caracterizada por um berçário com nove leitos, equipamentos de alta complexidade e equipe interdisciplinar atuante.

A segunda etapa do MMC não funciona mais no espaço inicial, por conta da construção do Hospital da Criança. A nova área reformada, recentemente, consta de posto de enfermagem, copa, cozinha, solário, enfermaria com cinco leitos, quatro banheiros, espaço da puérpera e sala para recepção aos visitantes. A unidade foi idealizada de forma a mudar as normas e padrões hospitalares preestabelecidos, tornando o ambiente acolhedor, com liberdade de ação, colorido, arborizado, sob a intensidade dos raios solares, favorecendo a percepção do dia e da noite, a fim de minimizar de alguma forma, as conseqüências da hospitalização, para a mãe e para o recém-nascido.

A equipe multidisciplinar é composta de enfermeiras, auxiliares de enfermagem, médicos (as) neonatologistas, fisioterapeutas, assistente social e psicólogo, atuando em suas especificidades para a reabilitação do neonato o mais rápido possível. Ressalto o trabalho com afinco da enfermagem, que, acompanhando a mãe e o recém-nascido nas vinte e quatro horas, vivencia as alegrias, frustrações, particularidades do método, podendo, assim, compreender a vivência da mulher inserida no MMC.

³⁹ Terminologia utilizada pelo Centro de Processamento de Dados (CPD) do hospital.

A terceira etapa do MMC, ambulatório de acompanhamento, não foi implantada, ainda, apesar da existência do projeto operacional. Este fato inviabiliza a avaliação da metodologia nesta instituição, já que sabemos que as dificuldades do cuidar podem se intensificar no domicílio, como também a avaliação dos indicadores de morbidade, mortalidade, taxa de reinternamentos e posicionamento canguru domiciliar. Como o Hospital da Mulher atende a clientela da cidade situada além da circunvizinhança, torna-se difícil ter acesso a essas informações nas unidades ambulatoriais, onde as crianças estão sendo acompanhadas, conforme a norma do Ministério da Saúde.

No momento em que coordenava a implementação deste Projeto, foi criada uma estratégia para minimizar essa lacuna, com a realização de visitas domiciliares pela enfermeira às mães residentes no município. Os registros em impresso próprio possibilitaram a avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças visitadas, como também das orientações dadas pela equipe profissional na segunda etapa, além de ampliar o vínculo que fora estabelecido durante a hospitalização.

5.3 APROXIMAÇÃO AO SER-MULHER-PUÉRPERA

Os sujeitos do estudo são mães a partir de dezoito anos, internadas no alojamento canguru e estiverem inclusas na segunda etapa do MMC. Os aspectos éticos na pesquisa vêm, ao longo dos tempos, ocupando espaço de relevância nos estudos realizados, a fim de fazer cumprir o princípio básico – respeito ao ser humano e à sua liberdade. Arcuri (1994) menciona que os direitos dos pacientes são garantidos pela observância dos princípios éticos: beneficência, respeito à autonomia e à vulnerabilidade e justiça.

Dessa forma, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e da apresentação pela investigadora aos dirigentes do Hospital da Mulher e às futuras depoentes, do objeto, do objetivo e dos benefícios esperados com a pesquisa, como considera Padilha (1995), as mães tiveram acesso ao termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), da maneira em que rege a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

Segundo Carvalho (1991), compreender é apreender os objetos da vida do espírito para alcançar uma vivência originária na forma do gesto, linguagem ou cultura. Acredita que a forma de acesso que o observador tem para penetrar nos “objetos” vividos ou “normas” é a empatia, ou seja, a compreensão intuitiva do vivido.

É pela metodologia fenomenológica que se pode mostrar, descrever e compreender os

motivos presentes nos fenômenos vividos que se mostram e se expressam de si mesmos na entrevista empática. Em uma entrevista fundamentada na metodologia fenomenológica, não se busca uma linguagem que seja a soma de pensamentos e idéias. Busca-se uma linguagem que seja a “fala originária”, compreendendo o pensamento de quem está sendo entrevistado. É penetrar no seu mundo, na sua presença, na sua vida, através de um ouvir olhando, envolvendo-se com o cliente, sendo tomado pelo seu gesto lingüístico, abstraindo todo e qualquer preconceito (CARVALHO, 1991).

Nesse sentido, foi utilizada, como técnica de coleta de dados, a entrevista fenomenológica, composta por duas questões norteadoras: *Como é para você ser mãe deste bebê prematuro? E como tem sido participar do Método Mãe Canguru?*

A fim de melhor guiar a aproximação com a mulher, a entrevista foi precedida pelo preenchimento de um formulário (APÊNDICE B), contendo dados de identificação de cada depoente, tais como idade, procedência, escolaridade, ocupação, estado civil, pré-natal, nº de partos, nº de partos prematuros, planejamento ou não da gravidez e dias de internamento na unidade canguru. Neste sentido, como estratégia inicial para o saber da pessoa, situação essencial para a entrevista fenomenológica, parti do saber sobre o sujeito, consultando os dados do prontuário.

Ao adentrar o Hospital da Mulher para a realização das entrevistas, meu coração foi invadido por sentimentos como alegria, saudade e curiosidade. Fui uma das protagonistas daquele projeto, sonho idealizado e realizado e, agora, voltava como pesquisadora, tentando me despir dos meus pressupostos construídos socialmente e fortalecidos na formação profissional biologicista. Necessitava ampliar os meus sentidos, a fim de compreender como estava se dando a vivência daquelas mulheres, situação que um dia inquietou o meu cotidiano assistencial. Os abraços calorosos da (os) funcionárias (os), desde a recepção do hospital, como também as palavras de carinho e querer bem dos trabalhadoras(es) daquela instituição apenas ratificaram o que trago como essência da minha profissão: o significado das relações.

Consideração e paciência com os outros não são princípios morais, segundo Heidegger (1981), mas representam a maneira como se vive com os outros, através das experiências e expectativas. Considera-se alguém em vista de tudo o que foi vivenciado e experienciado. E acredito ter construído uma experiência ativa, quando estive absorvida ‘neste mundo’ do Hospital da Mulher.

A seguir, quadros demonstrativos apresentando o perfil das depoentes, de acordo com os dados pessoais, socioeconômicos, gineco-obstétricos e hospitalares.

Quadro 1. Perfil dos Sujeitos. Dados Pessoais e Socioeconômicos. Feira de Santana-Bahia. Setembro /2005.

NOME	IDADE	COR	RESIDÊNCIA	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO
Rosa	25	Branca	Conceição do Coité	2º grau completo	Estudante
Natiele	23	Negra	Feira de Santana	1º grau completo	Doméstica
Sulamita	23	Negra	Feira de Santana	1º grau completo	Estudante
Vitória	35	Branca	Valente	2º grau incompleto	Operadora de Calçados
Renata	18	Negra	Itaberaba	1º grau incompleto	Estudante
Tati	20	Parda	Feira de Santana	1º grau completo	Estudante
Meire	22	Negra	Cabeceiras do Paraguassu	Analfabeta	Trabalhadora Rural

Quadro 2. Perfil dos Sujeitos. Dados Hospitalares. Feira de Santana-Bahia. Setembro /2005.

NOME	PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO	PERÍODO NA UNIDADE CANGURU	TEMPO INSERÇÃO NA 2ª ETAPA DO MMC
Rosa	46 dias	44 dias	6 dias
Natiele	32 dias	22 dias	8 dias
Sulamita	1 mês e 3 dias	20 dias	9 dias
Vitória	22 dias	15 dias	3 dias
Renata	12 dias	9 dias	3 dias
Tati	15 dias	10 dias	3 dias
Meire	15 dias	10 dias	3 dias

Quadro 3. Perfil dos Sujeitos. Dados Gineco-obstétricos. Feira de Santana-Bahia. Setembro /2005.

NOME	GRAU DE PARIDADE	Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	PLANEJAMENTO E DESEJO DA GRAVIDEZ	DIAGNÓSTICO DA INTERNAÇÃO	TIPO DE PARTO
Rosa	Primípara	4	Não planejada e desejada	-	PSNV
Natiele	Primípara	3	Planejada e desejada	-	PSNV
Sulamita	Primípara	4	Planejada e desejada	DHEG	PSAC
Vitória	Primípara	7	Planejada e desejada	DHEG	PSAC
Renata	Primípara	5	Não planejada e desejada	Eclâmpsia	PSAC
Tati	Primípara	5	Não planejada e desejada	-	PSNV
Meire	Tercípara	Não realizou	Não planejada e desejada	-	PSNV

Constituíram-se como sujeitos da pesquisa sete puérperas inseridas na 2ª etapa do MMC, entre elas, duas adolescentes, cinco afrodescendentes, duas de cor branca, sendo que três residiam em Feira de Santana e as demais em cidades circunvizinhas. No perfil dessas depoentes a idade variou de 18 a 35 anos. No que se refere ao grau de escolaridade, uma possui o 1º grau completo, três relatam o 1º grau incompleto, duas com 2º grau completo e uma é analfabeta. No aspecto profissional, quatro são estudantes, uma é trabalhadora rural, outra é empregada doméstica e a última é operadora de calçados. Quanto à situação conjugal, todas estavam vivendo uma união estável há pelo menos dois anos e meio.

No que tange aos dados hospitalares, o período de hospitalização variou de 12 a 46 dias, sendo que a variação de dias de hospitalização inseridas na 2ª etapa do MMC foi de 3 a 9. Em relação aos dados gineco-obstétricos seis eram primíparas e uma era múltípara, cinco realizaram menos de cinco consultas de pré-natal, uma realizou mais de seis consultas e uma não realizou pré-natal. Quanto ao planejamento e desejo da gravidez, cinco referiram-se à gravidez como planejada e desejada, e duas mencionaram não ter sido planejada, porém, desejada. Duas destas, foram hospitalizadas por Doença Hipertensiva da Gestação (DHEG)- uma, em situação de eclâmpsia- e elas tiveram a gestação interrompida e foram submetidas ao parto cesáreo. As

demais, admitidas em trabalho de parto prematuro, sem causa declarada em prontuário, tiveram parto natural.

As entrevistas aconteceram na Enfermaria Canguru, após realização de duas entrevistas testes. As mães escolheram os nomes que foram utilizados para identificação das entrevistas, a fim de resguardar a sua identidade. Foi necessário mergulhar um pouco mais no referencial teórico sobre entrevista fenomenológica, ação que possibilitou o deslanchar das entrevistas subseqüentes gravadas e transcritas após assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Identifico também como causa da dificuldade nas primeiras entrevistas, além da minha adequação ao método de realização da entrevista fenomenológica, o estado emocional em que a mulher entrevistada se encontrava. Botero (2005), ao analisar a experiência emocional de mães que pariram prematuramente, pontua um retorno a uma vida mental primitiva, na qual não se articula a observação, o pensamento, o juízo. Ocorre uma desestruturação emocional evidenciada por sensações como o terror da morte, com uma angústia insustentável, pelo encontro prematuro entre mãe e filho, considerado também como obstáculo para formação do vínculo mãe-bebê, melhor compreendido à luz dos significados.

As falas foram analisadas sob a ótica do referencial heideggeriano, aqui envolvida o ser-mulher-puérpera no Método Mãe Canguru. Segundo Torres (1999), em qualquer caso, as disposições afetivas têm sua raiz no ser-no-mundo como existencial, estrutura ontológica fundamental do homem. Só nela podem vir à luz todos os outros existenciais e todo e qualquer fenômeno.

6 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

6.1 A COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA

A pre-sença não é outra coisa, senão suas possibilidades (DAMASCENO, 1996 p. 90).

A questão do sentido do ser necessita de uma colocação explícita, isto é, ela deve de início tornar-se transparente em sua própria possibilidade. O questionado é o 'ser'. Não nos falta absolutamente uma referência a esse questionado, a não ser a compreensão vaga e mediana do que significa ser. Esta compreensão mediana e vaga do ser é um fato. Questiono da mesma forma que Dubois (2004), mas de que modo compreender esse fato? Por que caracterizar a compreensão do 'ser' como mediana e vaga? Por que não já dispor do sentido mesmo do ser?

Encontrei e me identifiquei com as respostas para esses questionamentos em Heidegger (1997a, p.31).

Por mais que a compreensão do ser oscile, flutue e se mova rigorosamente no limiar de um mero conhecimento verbal – esse estado indeterminado de uma compreensão do ser já sempre disponível é, em si mesmo, um fenômeno positivo que necessita de esclarecimento em seu início. A interpretação dessa compreensão mediana do ser só pode conquistar um fio condutor com a elaboração do conceito do ser. É a partir da claridade do conceito e dos modos de compreensão explícita nela inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão do ser obscura e ainda não esclarecida e quais espécies de obscurecimento ou impedimento são possíveis e necessários para um esclarecimento explícito do sentido do ser.

Portanto, foram realizadas leituras exaustivas das entrevistas a fim de apreender os significados expressos nos depoimentos e construir as unidades de significação, elaboração conceitual, atitudes constitutivas do questionamento (visualizar, compreender, escolher) e preparação para a emersão do sentido.

Seguindo o método em Heidegger, ao descrever a experiência vivida pelas mães no MMC, apreendida através das entrevistas, elaborei 6 (seis) unidades de significação:

- Surpresa pelas circunstâncias que envolvem a prematuridade e, ao mesmo tempo, alegria pela possibilidade de sobrevivência do bebê.
- Emoção pela experiência da maternidade e o cuidado com o bebê prematuro.
- Impacto devido à hospitalização.
- Conhecimento sobre o Método Mãe Canguru e o envolvimento com profissionais e mães.
- Preocupação com o cotidiano familiar e/ou laboral, gerando saudades.
- Confiança em Deus pela redução do tempo de hospitalização e agradecimento pelas vitórias.

A seguir, apresento as referidas unidades de significação, exibindo alguns trechos dos depoimentos que me guiaram no movimento de construção das mesmas.

Surpresa pelas circunstâncias que envolvem a prematuridade e, ao mesmo tempo, alegria pela possibilidade de sobrevivência do bebê.

Diferente, porque realmente eu não sabia que ia complicar, como eu tive problemas, dores, essas coisas, aí ele nasceu antes do tempo. Aí o médico, quando ele nasceu, o médico falou assim, que ele tinha problema de respiração, só que eu não achava que ia ser uma coisa tão grave, aí foi. Nessa foi para o berçário, aí foi cada vez mais piorando, piorando, mas graças a Deus, ele melhorou, foi melhorando.

(Rosa)

Ah, tá sendo assim, sei lá, uma surpresa, porque eu pensava que ela não ia sobreviver[...] Com seis mês eu senti a dor e aí tive ela. Eu não pensava de ser assim não. Eu pensava de ter ela com nove mês, mas fazer o quê?[...] Porque eu pensava de não sair com ela daqui, por causa da minha gravidez, não por relacionamento entre eu e o pai, mas, sim porque eu fiquei muito nervosa, nervosa mesmo. Eu acho que foi isso que fez ela nascer antes do tempo. Eu fiquei muito nervosa, foi isso que fez ela nascer antes do tempo, eu fiquei muito nervosa, pra mim nada tava bom, eu ficava nervosa mesmo e chorava o tempo todo, não se alimentava, só fazia beber água e dormir, aí ficava aquele negócio o tempo todo. Logo, logo apareceu as dor, dor foi essa, que vi ter ela. Por isso ela nasceu antes do tempo, foi o meu nervoso[...] Eu esperava ela nos nove mês, mas ela veio nos seis mês(risos, lágrimas nos olhos). Ah, eu passei muita coisa com ela. Eu chorava aqui o tempo todo, quando ela tava no berçário. Eu só sosseguei, quando ela veio pra aqui e depois que ela saiu do balão de oxigênio. Aí eu me assosseguei mais um pouco.

(Natiele)

Porque eu entrei na sala de parto, já sabendo que ela não ia sobreviver, e quando eu ouvi o chorinho dela...(silêncio, lágrimas nos olhos).

(Sulamita)

Pra mim é uma benção porque é prematura, mas eu tô vendo que ela vai recuperar né? [...] É por causa que eu tinha pressão alta, aí teve que, aí não podia esperar para completar os nove meses, aí teve que tirar antes, com oito meses, vinte e duas semanas, não é isso? Foi por causa disso, só por isso.

(Vitória)

Ah, sei lá, eu to com medo até hoje. Assim, porque sempre, até hoje, as pessoas falam que com oito mês é difícil escapar, é por isso [...] Aqui no hospital, ninguém falou não, mas na minha rua falam. Ela nasceu com 1500g, ela tá com peso muito pouco e to esperando o peso dela aumentar eu nunca imaginava, nunca esperava eu ta aqui, porque eu mesmo não sei porque eu estou aqui, eu não lembro de nada. Eu não vi a hora que eu saí de casa, eu não vi nada.

(Tati)

Ah, fiquei um pouquinho triste porque eu não queria que ela viesse assim, agora, só nos nove, né? [...] só espero que eu cuide dela igual minha mãe cuidou de mim. Porque é a primeira assim, a pessoa não sabe e tem aquela coisa, só espero que eu consiga. Tem que ter o maior cuidado com ela, qualquer coisa ela fica gripada, tem que ficar vestidinha, embrulhadinha, não sair no vento, na poeira, ter paciência.

(Renata)

[...] E com ele ta tendo esse negócio, tanto tempo de ficar no hospital, levou pro berçário, voltou, veio pro canguru[...]

(Meire)

<p>Emoção pela experiência da maternidade e o cuidado com o bebê prematuro</p>

Ah, sobre a experiência maravilhosa? Eu sempre gostei de criança, sempre gostei e cuidava de um sobrinho meus, mas a gente ter o que é nosso, e assim, saber que saiu de mim, é meu, parece comigo, parece com o pai...Eu acho que isso é a recompensa maior e taí, né?! Junto com a gente, sorrindo, e aquele olhar, com aquele sorriso, tudo que ele passa pra gente é bom demais[...] ser mãe é uma coisa diferente, é maravilhoso ser mãe, cuidar dele, é uma coisinha especial, pequenininha, assim, nossa.

(Rosa)

Me sinto bem, né? Porque é a primeira filha que eu tenho[...]

(Tati)

Ah, tá sendo uma sensação boa, assim sabe? Muito bom, é o primeiro, não tô sabendo assim cuidar direito, botar no peito, a primeira vez que eu coloquei ela no sol, hoje, eu botei bem mais e aí ela ficou toda vermelhinha. Fico assim toda nervosa quando ela começa a chorar, eu fico toda nervosa, oh meu Deus, por que ela tá chorando? Boto ela no peito e ela chora, aí eu pergunto as enfermeiras, disse que é normal. Mas é uma sensação boa de ser mãe. Não sei explicar, só sei que é uma sensação gostosa, de ser mãe. Eu não planejei agora, ter ela, mas aconteceu, fiquei assim chocada no começo, né? Porque eu era nova, não queria, não sabia cuidar dela, primeira vez. Minha mãe não sabia, quando soube ficou assim triste porque eu era nova, mas quando ela nasceu foi uma sensação boa, maravilhosa. [...] Tá com 1360g, tá mamando no peito direitinho, tá só no peito, um dia ganha, outro dia perde, assim.

(Renata)

Tá, tá mamando no peito, graças a Deus. As enfermeiras mandaram dar hora no peito, hora na seringa, mas, na seringa ele não pega, só pega no peito. Também o povo disse que no peito chega mais peso, não passar da hora de dar comida, da mamada dele no horário certo, hora de botar no canguru, na hora de tirar. Aí eu tô fazendo todas dietas que elas tão mandando. Tá sendo mais difícil porque dos outros eu não tive o trabalho que eu tenho dele. De guentar tanto tempo, ficar tanto tempo assim, já tem quinze dias que eu tô aqui, dos outros assim que eu tinha no outro dia, ou com dois ou três dias nós ia embora.

(Meire)

Não tô tendo leite suficiente. Ela tá mamando no peito e complementando na seringa, o leite é muito pouco. .Muito bom não. Eu vejo que com meu leite, eu acho que a recuperação dela seria melhor, ou mais rápido. E o que a médica me passou, é que com o leite de outras pessoas, aí como é que diz, o peso dela vai chegando mais lento, com o da mãe própria seria mais rápido, ela voltaria para casa mais cedo, né? Mas tem que esperar ela chegar o peso dela e ver se Deus me ajuda e o meu leite chega também. Ah, cada dia é uma sensação. Tenho medo de ter diminuído o peso, de ter perdido algumas gramas, quando pesa que aumenta, aí é melhor né, meu medo é que bote na balança e o peso seja menor do que o antepassado. É um momento de emoção, de espera.

(Vitória)

Um sonho, porque ela foi planejada, entendeu? Aí, um sonho pra mim ter minha filha nos meus braços. (bebê estava nos braços).Eu sempre sonhava em ter um bebê, né. Aí depois que eu tive uma família, que eu tive meu marido, aí a gente planejou ter ela. E aí eu fiquei grávida, e aí pronto, meu sonho [...] quando ouvi o choro dela, aí foi tudo pra mim. E agora que eu tenho minha filha nos meus braços é a maior felicidade [...] tudo que acontece com minha filha, que machuca ela, tá me machucando também. Pode ser o que fôr, eu quero que faça comigo, com ela, não. Porque eu sou mãe, eu entendo, entendeu? Antes não.

(Sulamita)

Tá ganhando, tava com 1200g,[...].Ela suga, mas, suga pouquinho.[...] aí fica mais na seringa.[...] só com a seringa, duas em duas horas de dia, à noite de três em três horas. E ela

fica assim toda pequenininha, eu fico até com mau jeito pra pegar, pra dar banho, vixe, é um sufoco!! Ela muito pequenininha, cabe na palma da minha mão, fico com medo de escapulir. Aí pronto malmente eu molho o rosto, passo a mão na cabeça e tiro de dentro da água. Eu acostumada a pegar nenê grande, ela pequenininha, aí eu fico com medo. É eu trabalhava muito, sempre cuidei de menino, e aí agora fui pegar ela pequenininha. Ave, um dia lá no berçário, quando eu fui ver ela pela primeira vez, faltou perna. Minhas pernas começaram a tremer (risos)., eu sentei logo na cadeira e pedi a enfermeira pra tomar ela de mim. Eu não agüentei não..., muito pequenininha. Porque a enfermeira colocou ela na minha mão, aí eu falei com ela, não aguentava não. Ela era muito pequena, eu pedi a ela pra tirar, fiquei com medo. Aí ela pegou e colocou ela na incubadeira de novo. Porque eu não tinha pegado ainda do dia que nasceu. Aí quando, depois de quinze dias, a enfermeira colocou ela na minha mão, pediu pra eu segurar, pra consertar o lençol do berço, aí eu fiquei com medo, comecei a tremer, aí eu sentei na cadeira e pedi pra ela pegar ela da minha mão, aí ela pegou. Fiquei com medo, vixe, ela toda molinha...

(Natiele)

É maravilhoso, eu mesmo fico (emocionada) porque eu fico lembrando de tudo que aconteceu. Tudo que aconteceu com o bebê, tudo isso e o que a gente passou aqui dentro. Porque cada...Hoje, tem essa turma de pacientes, essas mães, mas eu já passei por outras turma, né? Cada turma é uma coisa diferente, nunca é a mesma coisa. Assim, sempre uma deixa uma coisa a mais, outros deixa a menos, e aí eu fico lembrando de todo mundo. Acho que umas vinte e oito pessoas que passou por aqui, de quando eu tava, das que eu lembrei os nomes. Imagine aí, cada pessoa com a sua personalidade, cada uma age de um jeito, cada uma deixa um pouquinho de si, cada uma deixa o seu endereço, seu telefone. Eu mesma, quando eu sair daqui eu vou telefonar para uma delas para dizer assim: oh, saí, graças a Deus, tá tudo maravilhoso. Foi bom, uma experiência maravilhosa. Porque, é como minha irmã mesmo tava dizendo que, quando eu sair daqui, eu vou ser outra pessoa. Porque aqui, a gente, eu aprendi muita coisa. Aprendi com meus próprio erros e vendo os dos outros também, a gente vai se consertando.

(Rosa)

Impacto devido à hospitalização
--

[...] eu chorei muito lá, aonde eu tava, lá no berçário. Ficar vendo furarem minha filha de gulha, minha filha gritava, e eu começava a gritar e era aquele momento desesperado, eu vê ela gritando sem poder pegar minha filha, sem poder dá mão a ela na hora que ela quer. Isso eu achei muito ruim lá.

(Tati)

[...] Tô doida que libere logo ele, que ele chegue logo ao peso normal.

(Meire)

A pessoa fica ali vendo o filho sofrendo, sentindo dores, com aquelas coisas tudo, é difícil. Além da gente tá lá vendo o filho, a gente fica assim num hospital, num lugar desconhecido, com pessoas desconhecidas[...]

(Rosa)

Sim, disse que ia ficar mais tempo no berçário, disse que ia mais ou menos um mês, mas antes de um mês ela veio ficar aqui mais eu. A médica, falou que ela é de sete mês, que ela não tinha muita melhora, o problema dela era grave, sabe? Ela não conseguia respirar direito, foi pro CPAP (suporte ventilatório que fornece pressão contínua e positiva de oxigênio e ar comprimido), ficou muito ruim, depois ela saiu do CPAP, foi pro balão de oxigênio, depois voltou ao normal, ela trouxe pra aqui. Porque eu não esperava ela vir pra aqui, porque hoje a maioria dos nenê de sete mês, não tá sobrevivendo. Eu tenho uma amiga mesmo, que tem três dia que ela teve nenê, tava de seis mês, ia fazer sete, acho que já fez, quando foi com três dia o nenê faleceu. [...] Eu não tô importando com o tempo não. O tempo que fôr pra eu ficar aqui, eu fico, eu não me importo, não. O importante é que ela saia daqui com saúde e eu possa cuidar dela em casa. Sair daqui, pra depois voltar. Tem horas que eu paro pra pensar, e me angustia muito, mas eu não ligo mais pra nada. Pra dizer a verdade eu não ligo mais, nem pro marido direito. Ele tá sempre vindo aqui. É tanto que ele já comentou que depois que eu tive ela, eu mudei. Ô, fazer o quê? Mas, eu falo pra ele que agora a quem tenho que me dedicar, é a minha filha, não é ele não. [...] mudei com ele, eu não sou mais a mesma pessoa, depois que eu tive ela. Aí eu falei que tenho que me dedicar a ela, não é a ele não

(Natiele)

Conhecimento sobre o Método Mãe Canguru e o envolvimento com profissionais e mães.

Aqui é bom, né? Eu to bem aqui [...] Porque aqui eu trato de minha filha por aqui mesmo[...] Agora aqui eu achei ótimo, né? Eu gostei daqui, e to aqui até quando minha filha chegar o peso. Eu pego ela na hora que eu quero né, dorme comigo, dou peito. A moça ia botar hoje a bolsa em mim.[...] o curativo que tava abrindo um pouquinho.

(Tati)

Ah, gostei. Da primeira vez, eu fiquei toda nervosa, pensando que ela ia me levar para outro lugar, porque ela falou assim, pra colocar o bebê para esquentar, eu pensei que fosse assim numa sala quente, aí ela colocou ela e eu fiquei aqui em pé esperando(risos). Aí ela falou, não Renata, é assim mesmo, aqui. Aí eu gostei, é uma sensação gostosa assim quando coloca ela. Gostei, todo mundo trata bem, conversa com a pessoa, quando a pessoa tá triste elas conversam, outra hora vem aqui perguntar se está precisando de alguma coisa, gostei do atendimento daqui. [...]É eu fiquei surpresa, porque ela não me explicou direito. Ela falou assim, oh Renata, você vai tomar café, vai dar um banho nela e depois vai colocar ela no canguru, só falou isso, mandou eu tirar a roupinha dela, colocou ela. Aí eu fiquei pensando assim: êta meu Deus, será onde é? Ficar com ela assim, é uma sensação tão boa! Fiquei assim pensando. Aí fiquei com ela aqui em pé, depois me sentei, aí, depois ela me falou que era pra eu ficar aqui assim com ela, botava de manhã, meio dia e de noite, aí pronto, eu to gostando de ta assim com ela, uma sensação tão boa que dá vontade de chorar...Porque no dia que eu tive ela, não botaram ela assim, em cima de mim, como coloca, tiraram ela logo de mim, aí eu fiquei, passei quatro dias sem ver ela né, porque ela tava no berçário, não podia pegar, aí quando eu peguei ela foi uma sensação tão boa que eu até chorei, fiquei emocionada.

(Renata)

Eu tô gostando, tô adorando, o jeito daqui das pessoas me tratar, me trata muito bem, cuida muito bem de eu e do meu filho[...].Eu tava ali dizendo que quando eu chegar em casa, que o médico der alta, eu vou fazer o mesmo, porque eu achei lindo, queria até tirar uma foto dele aqui no canguru.(Telefone da unidade tocou para ela, era a sua mãe e marido, chorou muito durante o telefonema).

(Meire)

Bom, é bom porque aqui tem muitas pessoas que ajudam a gente, colabora, orienta, dar o apoio que a gente necessita, aí ta sendo bom. As pessoas, como é que diz, os voluntários daqui, as pessoas que trabalham aqui né, ajudam muito a gente, são muito eficiente, dá atenção direitinha do que agente necessita, os cuidados. Os cuidados que eu falo são esses, que é quando a gente

precisa de alguma coisa, quando a gente vê a criança sentindo alguma coisa que a gente não entende, a gente pergunta, eles orientam, falam.

(Vitória)

[...]dava apoio a gente, tanto as própria paciente, como os próprio funcionário que tava aí, sempre ajudando a gente com palavras, consolando e também fazendo orações com a gente, e isso foi muito bom. Se não fosse isso, talvez, era difícil [...] Tem sido bom, uma coisa assim que a gente vai adquirindo experiência de como, primeira mãe, primeiro filho, primeira mãe não, primeiro filho, de tá a gente aprendendo aos poucos. Porque se a gente fosse para casa tinha mãe para cuidar, e aqui, não, a gente tá aprendendo sozinha, com a ajuda de outros, mas, não é igualmente com a mãe. Ah, sei lá, acho que se a gente não tivesse já passado por isso, seria diferente, porque tem alguém pra tá lá te ajudando. E aqui, não, tem ajuda, mas são de pessoas que ajudam você a se desenvolver, não fica esperando por outra pessoa. Aqui, não, aqui, a gente aprende a ser e fazer as coisas por a gente mesmo, e ser a gente mesmo, sem se importar com o que os outros estão falando e pensando. Essas coisas. Acho que é isso aí.[...] Ah, ajudam muito, realmente ajuda, cada um que chega aqui passa algo pra gente, nunca diz a mesma coisa, sempre um diz: oh, faz assim com seu bebê, seu bebê vai melhorar. Se é o médico, o médico diz: coloque seu filho com a cabecinha mais para cima pra ele respirar melhor. A enfermeira vem aqui dá outra explicação. Eu acho assim, eles, super, é uma equipe bem organizada, bem preparados para o que eles estão fazendo, eu gostei, gostei de todos, eles não tenho o que falar. [...]Primeiro, a gente aprende, claro que eu já respeitava, cada um tem seu jeito de ser, o seu limite, o seu espaço, a gente já sabe, mas, aqui, a gente aprende mais ainda. Porque às vezes a gente tentava fazer alguma coisa pela pessoa, e em vez de ajudar, a gente tava prejudicando ela. Às vezes, assim como eu, artes. Aqui, assim, eu aprendi muita coisa, eles ensinavam é, se é quando vinha palavras, a gente aprende muito. E as pessoas, se é em relação à medicina, também vai aprender muita coisa, entendendo muita coisa. Eu tava dizendo para minha irmã, que quando saísse daqui, eu já ia sair uma médica, doutora (risos). Também, do tempo que eu passei e pelo que meu filho passou e eu vi acontecendo com ele, tanta coisa que eu não sabia o nome, que vinha, umas enfermeiras vieram me fazer umas perguntas, elas não sabia o que era que eu tava falando. Enfermeiras, não, estagiárias, que elas estavam aprendendo também. É isso, eu vou sair levando coisas boas, as ruins não interessam a gente.[...] a gente se chateia com as pessoas, né? As pessoas falam coisas desagradáveis para você, sem necessidade, pra trás. Sim, porque nem sempre são as mesma pessoas que ficam aqui. As pacientes, nem sempre são as mesmas pessoas. E é como a gente fala, quando tem muitas pessoa aqui, aí sempre tem uma que age diferente das outras, assim, falando mal.

(Rosa)

Ah, até agora não tenho o que falar, eu tô gostando. O tratamento aqui é ótimo, não tenho o que dizer, eu tô aqui pro que der e vier. Mas eu tenho pra mim que, não vou demorar muito aqui não. Tá dependendo dela.

(Natiele)

Tá sendo bom, porque é pra ela né? Pra ela pegar peso, porque eu sei que, tudo isso que a gente tá passando, é pra ela sair daqui melhor, né? Então tá sendo bom, Têm dificuldades tem horas, mas, eu entendo. Sei que eu quero ir logo embora, fica aquela ansiedade, mas eu sei que é para o bem dela. Então eu tenho que ficar, aqui com ela. Porque, não, só aconteceu assim, eu fico estressada, porque eu tenho leite, mas não tenho leite suficiente. Porque às vezes, as pessoas falam assim: “tem leite suficiente!” Mas eu acho que ela mama e fica ainda, não fica satisfeita, entendeu? Então eu achava que deveria acrescentar mais o leite pra ela, na seringa. E teve umas pessoas que concordou e outras não, entendeu? Então eu fiquei revoltada, me exaltei aqui e tudo, pronto. Mas, depois, tudo normalizou, né? Aí entenderam e passaram a dar seringa pra ela, aí eu fiquei mais satisfeita. Porque eu queria ter leite suficiente pra me dar pra ela. E aí pronto, tá tudo bem. Porque agora ela tá tomando leite, ela tá mamando na seringa, ela tá ganhando peso. [...] Que era isso que eu queria, entendeu? Porque eu tenho leite, mas, não é, não tem o suficiente. E às vezes, não tem. Tinha gente que entendia, tinha outros que não. Aí sei, lá, eu fiquei chateada com isso. Porque falavam assim: “oh, mãe, você tem sim, tem sim! Como se eu tivesse e tava recusando de dar a minha filha, imagine...que eu ia fazer isso, ter leite e não querer dá pra ela?! Se ela precisa, não é? Então pronto. E aí perguntaram: “em casa, se você levar ela pra casa, e você não tiver leite suficiente? Aí, com certeza, eu vou comprar um leite pra ela, porque eu não vou deixar ela morrer de fome, mas, entende, comprar um leite que eu sei que ela possa tomar, não um leite que possa prejudicar ela. Então entenderam e passaram o leite pra ela, e aí ela tá tomando. Aí sim, eu fiquei satisfeita.

(Sulamita)

Preocupação com o cotidiano familiar e/ou laboral, gerando saudades

[...] pra eu poder ir para casa. Tô preocupada com as minhas roças, não sei como é que ta, se, tem gente cuidando, se não tem, meu marido trabalha fora, quer dizer trabalha na roça, também, mas não é todo dia e toda hora, que ele também tem o serviço de entrega da prefeitura. Não suporto ficar em hospital, nunca fiquei num hospital na minha vida! O primeiro eu tive no hospital em São Félix, e a segunda eu tive em casa. (silêncio). [...] Minha mãe, que leva pra roça dela, volta e traz meio-dia e desce de tarde, todo dia assim. E eu não quero ocupar ela pra depois nego ficar dizendo: ah, tu foi boa, mas eu cuidei dos teus filhos quando tu tava internada com o outro, eu não quero isso, não suporto ninguém falando de mim. (lágrimas nos olhos). [...] Só que o meu sentimento todo é em casa, é a primeira vez que eu vim pra aqui, eu nunca tinha conhecido essa cidade. Tô com saudade! (silêncio, choro forte). Tô sentindo saudade dos meus parentes dos meus filhos, só.

(Meire)

Pra mim foi um pouco difícil, mas porque eu não to na minha cidade, to longe do meu povo, mas eu to passando[...] [...] Uma saudade!!!! É demais, é ruim, porque eu nunca passei, nunca sair, é a primeira vez, né, vinte e cinco dias fora de casa, é muito difícil, a saudade cada dia que passa, ela bate mais, é muito difícil (voz embargada com lágrimas nos olhos). Acho que

qualquer pessoa em meu lugar, passando o que eu estou passando, se emocionaria. (Choro forte, silêncio). Assim não é que eu esteja passando alguma dificuldade, só assim, a dificuldade que eu tô passando é só é a saudade do pessoal de casa, dos parentes, da família, é só isso, e é ruim, se a gente pudesse ter alguém da família que pudesse cuidar da gente, ficar com a gente seria melhor. Mas, apesar que têm outras pessoas boas aqui. [...] É isso, porque a gente fica aqui, não é que a gente fique só, porque têm muitos amigos e muitas pessoas boas, mas eu acho que numa hora dessa o apoio da família seria melhor, não, é? Então é por isso que eu digo que está sendo difícil.[...] amanhã mesmo, minha irmã tá vindo. Ele só vem mais final de semana, nos domingos ou sábados [...]

(Vitória)

[...] longe da família e, é muito doloroso, eu acho assim, pra mim. Eu sentia muito, não senti mais, porque tinha as pessoas aí, que dava apoio a gente [...]

(Rosa)

Eles moram muito longe, não podem estar vindo todo dia.

(Tati)

Ah, fico triste, vontade de ir para casa, já tem quinze dias que estou aqui, doida pra ir pra casa. É bom aqui, porque todo mundo atende as pessoas, todo mundo é legal, gostei aqui das pacientes, de todo mundo, atende direitinho, mas, a casa da gente é melhor.[...] É eu falo assim, porque a gente dorme à vontade, é aquela coisa, acorda a hora que quiser, faz o que bem quiser né? Aqui não, imagine que você passar um dia no hospital já é ruim, imagine quinze dias! [...]É bom, mas no momento eu sinto falta da minha família, porque minha família não é daqui, é de Tucano. O pai dela viaja, e eu fico aqui sozinha. Mas, é bom assim mesmo. Vem só uma prima minha, porque ela tá morando comigo aqui agora. Porque eu tava morando sozinha, porque ele sempre viaja, aí eu fico só, bate uma saudade!

(Renata)

[...] pra ver se daqui agora tem alta pra ir pra casa. Eu quero ter alta daqui pra domingo porque meu esposo tá doido, doido. Ele ainda não viu a criança. É, muito longe, e é difícil arranjar carro pra vim pra cá, veia. Pra eu vim pra cá, não sei que milagre foi esse arranjaram ambulância dia de domingo. Não, não veio ninguém, falo pelo telefone. Então, eu tenho dois filhos em casa e to doida pra ir pra beira deles [...]

(Meire)

**Confiança em Deus pela redução do tempo de hospitalização e
agradecimento pelas vitórias**

[...] com fé em Deus aumenta, né? E ela tá melhor, tá ganhando peso aos pouquinhos.[...] meus parentes já telefonaram, eu já disse que eu tô bem, que eu tô indo para casa essa semana com fé em Deus. Toda noite eu rezo e peço a Deus que a minha filha (silêncio) porquê eu to aqui até hoje por causa dela, até hoje, então eu tenho que sair com minha filha boa e salva.

(Tati)

Mas aconteceu, Deus quis assim, ela veio, Deus ajude que ela cresça com saúde, né? Pronto, cuidar dela, dar carinho, amor. Eu tô aqui toda nervosa, eu não choro porque tenho pedido forças à Jeová, ter paciência e Ele vai me dar forças. Deixo na mão de Deus. Já, falei com minha mãe e com minhas irmãs por telefone, aí pronto, é ter paciência.

(Renata)

Que aqui eu só tô pra chegar o peso dele, sabe?

(Meire)

[...] ela tá recuperando bem, e pedir a Deus para chegar o fim.

(Vitória)

[...] Ah, apesar de Deus, porque se não é ele também, tá segurando a gente, porque, eu sei lá, eu achei muito pesado, porque a gente nunca imaginava, nunca imaginava, passar por isso. Mas, graças a Deus, em relação a isso foi maravilhoso.

(Rosa)

Aí eu ficava assim, pensando, obrigada meu Deus, por minha filha tá aqui, porque é tanta coisa, né?! Tenho que agradecer a Deus. Eu ficava aqui mais eu sofria muito, até hoje eu sofro, quando eu tô aqui chorava direto, aí tô agradecendo a Deus por ela tá aqui, e espero que vá em frente.

(Natiele)

[...] Deus foi tão bom, salvou as duas vidas, a minha e a dela.

(Sulamita)

Nos depoimentos as mães revelaram vivências singulares no MMC, através da expressão de seus pensamentos, de emoções, de percepções e de momentos de silêncios. No movimento de compreender tal vivência, ainda no dizer heideggeriano, uma compreensão vaga e mediana, construí as unidades de significação.

Assim, me deparei com a surpresa pelo parto e nascimento prematuros, sentimento este, muitas vezes, permeado pela culpa por tais acontecimentos, já que reconheciam ter apresentado intercorrências durante o período gestacional. Demonstraram-se assustadas pelos comentários do senso comum frente a não possibilidade de sobrevivência do neonato, tamanha a fragilidade do prematuro.

Expressaram tristeza e decepção com o inesperado, mas, ao mesmo tempo, demonstraram alegria pelo nascimento e a possibilidade de sobrevivência do(a) filho(a). Nesta ambivalência de sentimentos, ao pensarem sobre a experiência da maternidade, classificaram-na como maravilhosa e, de imediato, remeteram-na a idéia do cuidar/ cuidado necessário ao êxito no período de permanência do MMC, que conduziria a alta hospitalar e ao retorno ao lar. A descrição desta experiência de ser mãe no MMC esteve presente também nas falas das duas adolescentes inseridas no estudo. Apenas uma delas, referiu o despreparo no cuidado com o recém-nascido ocorrer em consequência da pouca idade. No entanto, a todas o cuidar/cuidado gerou a sensação de medo, insegurança para o cuidado com o prematuro. Assim, situações como a dificuldade em amamentar foram suscitadas, como também a ansiedade pelo momento de certificação de ganho ou perda ponderal do RN.

Sentiam-se desesperadas no momento em que se depararam com as técnicas invasivas às quais seus (as) filhos (as) eram submetidos (as), na 1ª etapa do MMC. Mesmo com a tentativa de encontro dos modelos assistenciais, o aparato tecnológico afastava a possibilidade da aproximação, do toque, gerando-lhes mais ansiedade por encontrarem-se em um ambiente que lhes era desconhecido e, assim, esperavam com ansiedade a alta hospitalar.

Em relação ao conhecimento sobre o MMC, citaram a importância para o ganho ponderal e reconheceram o quanto era bom estar próximo ao filho(a), bem como de poder auxiliar no cuidado ou assumi-lo, a depender das condições neonatais e das técnicas executadas.

Valorizaram o aprendizado para o com o RN e o estabelecimento das relações interpessoais entre mães-puérperas; mães-puérpera e profissionais de saúde; e entre mães-puérperas e suas famílias. Destarte, o resgate do tempo de afastamento entre mãe e filho(a), ou seja, uma das características propiciadas pela 2ª etapa do MMC.

Relataram, também, o prazer do posicionamento canguru, apesar de algumas se referirem ao nervosismo pela técnica. Este medo do desconhecido, sensação natural para todos os seres humanos, poderia não existir, caso houvesse orientações adequadas, em momentos oportunos sobre uma metodologia tão específica. Apesar disso, elogiam o envolvimento da equipe multiprofissional⁴⁰, mesmo com os embates da percepção e da intuição materna para o cuidar/cuidado e a hegemonia do conhecimento científico profissional.

O distanciamento do convívio familiar, acirrado pela distância geográfica, a maioria das depoentes não era procedente de Feira de Santana, foi evidenciado com muito sofrimento e lágrimas como uma dificuldade vivenciada no MMC. Então ressaltaram a preocupação com o cotidiano familiar e/ou com as atividades laborais, gerando saudades, estas minimizadas pelo contato telefônico com alguns membros da família, pelo apoio da equipe de saúde, porém, destacaram a preferência pelo cuidado a ser dado quando mãe e filho(a) estivessem no seio familiar.

Contudo, as mães confiam em Deus e depositam no Divino as suas expectativas de redução do tempo de hospitalização e numa alta sem complicações futuras. Paciência, fé e perseverança foram os sentimentos expressos quando referiram-se às suas orações. Ao passo que demonstravam conformismo pela experiência traumática, agradeciam a Deus pela sobrevivência do prematuro, sempre expectando a alta.

Ficou marcante a confiança de que o pesadelo estivesse por acabar e que ela, agora mãe de um RN prematuro, pudesse retornar ao convívio familiar, retomar os seus papéis sociais, enfim voltar à vida normal, apesar de tudo que foi vivenciado.

⁴⁰ Citando a presença dos médicos, das enfermeiras, dos técnicos de enfermagem, dos estagiários de enfermagem e dos voluntários.

6.2 A HERMENÊUTICA HEIDEGGERIANA

A interpretação da compreensão vaga e mediana do ser, segundo Heidegger (1997a), só pode conquistar a elaboração do conceito do ser, o alcance da essência do fenômeno a partir da claridade do conceito e dos modos de compreensão explícita nela inerentes.

O filósofo afirma que a questão do ser deve ser colocada explicitamente e ser desdobrada em toda sua transparência de si mesma, exigindo para a sua elaboração a maneira de visualizar o ser; de apreender conceitualmente e de compreender o seu *sentido*⁴¹. Envolve a disposição para a possibilidade de uma escolha do ente envolvente, a elaboração do modo de acesso a esse ente, qual seja, o *Dasein*, o ser-aí.

Ente é tudo de que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos. Esse ente que cada um de nós somos e que, entre outras coisas, possui em seu ser a possibilidade de questionar, o filósofo designa com o termo *pre-sença*. A colocação explícita e transparente da questão do ser sobre o sentido de ser requer uma explicação prévia e adequada de um ente, *pre-sença*, no tocante ao seu ser (HEIDEGGER, 1997a).

O autor considera que a interpretação fenomenológica deve oferecer para a própria *pre-sença* a possibilidade de uma abertura originária e, ao mesmo tempo, da própria *pre-sença* interpretar a si própria.

Nesse movimento, a interpretação ontológica fundamental dos afetos e dos sentimentos passaram a figurar, tematicamente, entre os fenômenos psíquicos, por mérito da pesquisa fenomenológica ter recriado uma visão mais livre desses fenômenos (CAPALBO, 1996).

Stein (2004) pontua que a dimensão hermenêutica não permite uma fundamentação última, o estabelecimento definitivo de um sistema, pois a pré-compreensão participa apenas, como modo do ser-aí, da condição humana do ser-no-mundo. Nada há exterior que dê legitimidade a essa dimensão transcendental e compreensiva pela qual a fenomenologia hermenêutica estabelece a racionalidade estruturante, processual e organizadora de qualquer discurso.

Pautada no método fenomenológico heideggeriano, esta fase de interpretação dos discursos das mãos inseridas no MMC levou-me a um movimento de des-construção dos conceitos ‘solidificados’ pela tradição científica. A busca do *sentido*, através do des (velamento) culminou na construção de novos conceitos.

⁴¹ No pensar heideggeriano significa os modos de ser da *pre-sença*.

O fenômeno do **temor**, do ponto de vista de Heidegger, pode ser considerado segundo três perspectivas: “⁴²o que se teme”, “o temer” e “pelo que se teme”. Para o filósofo, “o que se teme” tem o caráter de ameaça, “o temer” a libera e o “pelo que se teme” conduz a pre-sença a se confundir e a vir a se desequilibrar, necessitando que a mesma se recomponha passada a situação ameaçadora. Jesus (2002), pautada no pensar de Heidegger destaca que somente a presença pode temer e a morte revela a possibilidade de não-poder-mais-estar-pre-sente.

Compreendi que “o que se teme” na vivência cotidiana no MMC é a possibilidade da morte do (a) filho (a), embora a palavra morte não tenha sido diretamente expressa nos depoimentos. “O temer” libera a ameaça da morte pela fragilidade do prematuro, bem como pela tecnologia empregada no cuidar/cuidado. Minha compreensão sobre o “pelo que se teme” é relativa à ambigüidade de sentimentos e de reações em resposta às condições de saúde do (a) filho (a).

Heidegger (1997a) afirma que o temor apresenta momentos variados e é neles que surgem as diferentes possibilidades de se temer. Assim, o temor que se mostra sob a forma de pavor, de horror, de terror, de timidez, de acanhamento, de receio e de estupor.

Enquanto lançada no mundo, a pre-sença teme, pois o temer acha-se entranhado na sua própria constituição. O temer já é pré porque, sendo a pre-sença abertura, o temor será sempre uma possibilidade futura que ameaça seu próprio ser (DAMASCENO, 1996).

O esclarecimento apresentado na obra de Heidegger (1997a, p.195-196) afirma que:

O próprio temer libera a ameaça que assim caracterizada se deixa e faz tocar a si mesma. Não se constata primeiro um mal futuro (*malum futurum*) para a seguir temer. O temer também não constata primeiro o que se aproxima, mas, em sua temeridade, já o descobriu previamente.

Compreendi que a esperança de reabilitação do RN e da brevidade da alta estão, também, ex-sistencialmente fundadas no porvir. A esperança em oposição ao temor caracterizou-se como espera de um *bonum futurum* (bom futuro), aqui visto como a sobrevivência do prematuro.

Neste estudo, o temor remete ao **encobrimento** e a **fuga**, já que a possibilidade de *não-poder-mais-estar-pre-sente* está interrelacionada ao *ser-com-o-filho*, que, no surgimento da morte, retira-lhe a possibilidade de estar-com e dele (a) cuidar.

A mulher, na disposição do temor, realiza um movimento de desvio, de fuga do que é temido, recusando o confronto consigo e com a situação dada, permanecendo na inautenticidade, conforme pode ser compreendido a partir dos depoimentos a seguir:

⁴² Aspas por mim inseridas para destacar a expressão no texto.

Porque eu entrei na sala de parto, já sabendo que ela não ia sobreviver, e quando eu ouvi o chorinho dela...(silêncio, lágrimas nos olhos).

(Sulamita)

Ah, fiquei um pouquinho triste porque eu não queria que ela viesse assim, agora, só nos nove, né? [...] só espero que eu cuide dela igual minha mãe cuidou de mim. Porque é a primeira assim, a pessoa não sabe e tem aquela coisa, só espero que eu consiga. Tem que ter o maior cuidado com ela, qualquer coisa ela fica gripada, tem que ficar vestidinha, embrulhadinha, não sair no vento, na poeira, ter paciência.

(Renata)

Diferente, porque realmente eu não sabia que ia complicar, como eu tive problemas, dores, essas coisas, aí ele nasceu antes do tempo. Aí o médico, quando ele nasceu, o médico falou assim, que ele tinha problema de respiração, só que eu não achava que ia ser uma coisa tão grave, aí foi. Nessa ... foi para o berçário, aí foi cada vez mais piorando, piorando, mas graças a Deus, ele melhorou, foi melhorando.

(Rosa)

A possibilidade da morte, a falta de informação sobre o aparato tecnológico e/ou o fato de não saberem o estado de saúde real do RN causaram nas mães sensações desconfortantes. Mantiveram-se presas à **temporalidade**, já que as entrevistas foram realizadas quando estavam inseridas na 2ª etapa do MMC e, mesmo assim, se reportaram as experiências negativas do passado, quando inseridas na 1ª etapa da metodologia.

No pensamento de Heidegger, o *Dasein* é um ex-sistente porque está essencialmente ligado ao tempo à temporalidade que correspondem ao passado, presente e futuro⁴³. Cabe-me destacar que o tempo aqui considerado não corresponde somente ao cronológico, o tempo próprio é de significativa importância na obra heideggeriana.

[...] eu chorei muito lá, aonde eu tava, lá no berçário. Ficar vendo furarem minha filha de gulha, minha filha gritava, e eu começava a gritar e era aquele momento desesperado, eu vê ela gritando sem poder pegar minha filha, sem poder dar mão a ela na hora que ela quer. Isso eu achei muito ruim lá.

(Tati)

⁴³ Vigor de ter sido, atualidade e porvir (HEIDEGGER, 1997a).

A pessoa fica ali vendo o filho sofrendo, sentindo dores, com aquelas coisas tudo, é difícil. Além da gente tá lá vendo o filho, a gente fica assim num hospital, num lugar desconhecido, com pessoas desconhecidas[...]

(Rosa)

A **angústia**, de acordo com Heidegger, é o temor de nada. É necessário interpretar esse nada, esse nada não é nada, nenhum ente intra-mundano, pois a angústia é, precisamente, a experiência do ser-no-mundo enquanto tal, do próprio mundo. Na angústia o ente mundano desaba, não é mais relevante, significante, ou seja, não serve para nada e não pode nada quanto à minha angústia, menciona Dubois (2004).

Na ontologia deste filósofo, a dimensão ex-sistencial que caracteriza a autenticidade é a angústia. Angustiar-se é assumir com alguém que está sempre sendo, aberto, em movimento, portanto, não se fechar no ser isto ou aquilo. É investir-se de um modo de ser que é próprio de toda humanidade, ou seja, estar-no-mundo de uma certa maneira (DAMASCENO, 1996).

Segundo Heidegger (1997a, p. 251):

A angústia retira, pois da pre-sença a possibilidade de na decadência compreender a si a partir do “mundo” e da interpretação pública [...] a angústia singulariza a pre-sença em seu próprio ser-no-mundo que, na compreensão, se projeta essencialmente para possibilidades.

Na compreensão do *sentido* de ser-mulher-puérpera no MMC, a partir das unidades de significação, as mães desvelaram-se temerosas. O **temor** é ampliado pelo **falatório**, pela **curiosidade** e pela **ambigüidade**, esta última considerada por Damasceno (1996) como um modo de ser da compreensão e da interpretação da pre-sença cotidiana.

O **falatório** apreendido nas falas é o modo do discurso no qual o pólo de comunicação torna-se preponderante, desenraizando, falseando o dito. A comunicação própria é a partilha de um ser em comum para a manifestação de uma mesma coisa. Mas, a comunicação pode se limitar a redizer o que é dito a propósito do que se fala, a perder o real estar-junto-ao-ente do qual se fala. Diz e rediz, retoma, o que é dito se torna a própria evidência, a grande e ruidosa rede de repetição, do qual toda compreensão própria deverá se extrair, o-ser-explicitado-público (DUBOIS, 2004).

A depoente Tati expressa esse fenômeno em sua fala:

Ah, sei lá, eu tô com medo até hoje. Assim, porque sempre, até hoje, as pessoas falam que com oito mês é difícil escapar, é por isso [...] Aqui no hospital, ninguém falou não, mas na minha rua falam. Ela nasceu com 1500g, ela tá com peso muito pouco e tô esperando o peso dela aumentar. Eu nunca imaginava, nunca esperava eu tá aqui, porque eu mesmo não sei porque eu estou aqui, eu não lembro de nada. Eu não vi a hora que eu saí de casa, eu não vi nada.

Segundo Camargo e Souza (1997), o falatório constitui o modo de ser da pre-sença descompromissada consigo mesma e com os outros. Heidegger (1997a) pontua que o falatório não está voltado para uma forma genuína e autêntica, segundo as possibilidades essências da pre-sença, de si mesma e dos entes que vêm ao encontro do mundo.

Heidegger (1993b) esclarece que, para a estrutura da esperança, o decisivo não é somente a espera do bom futuro, mas, sobretudo, o sentido ex-sistencial do próprio ter esperança. A presença esperançosa, embora apoiada numa fé religiosa, arrasta a si mesma para dentro da esperança opondo-se ao que é esperado. Isso conjectura o ter-se-conquistado.

Os trechos a seguir demonstram um misto de conformismo e agradecimento, às vezes, apoiados na fé religiosa presas no porvir:

[...] com fé em Deus aumenta, né? E ela tá melhor, tá ganhando peso aos pouquinhos.[...] meus parentes já telefonaram, eu já disse que eu tô bem, que eu tô indo para casa essa semana com fé em Deus. Toda noite eu rezo e peço a Deus que a minha filha (silêncio) porque eu tô aqui até hoje por causa dela, até hoje, então eu tenho que sair com minha filha boa e salva.

(Tati)

Mas aconteceu, Deus quis assim, ela veio, Deus ajude que ela cresça com saúde, né? Pronto, cuidar dela, dar carinho, amor. Eu tô aqui toda nervosa, eu não choro porque tenho pedido forças a Jeová, ter paciência e Ele vai me dar forças. Deixo na mão de Deus. Já falei com minha mãe e com minhas irmãs por telefone, aí pronto, é ter paciência.

(Renata)

Que aqui eu só tô pra chegar o peso dele, sabe?

(Meire)

[...] ela tá recuperando bem, e pedir a Deus para chegar o fim.

(Vitória)

[...]Ah, apesar de Deus, porque se não é ele também, tá segurando a gente, porque eu sei lá, eu achei muito pesado, porque a gente nunca imaginava, nunca imaginava passar por isso. Mas, graças a Deus, em relação a isso foi maravilhoso.

(Rosa)

Aí eu ficava assim, pensando, obrigada meu Deus, por minha filha tá aqui, porque é tanta coisa, né?! Tenho que agradecer a Deus. Eu ficava aqui mas eu sofria muito, até hoje eu sofro, quando eu tô aqui chorava direto, aí tô agradecendo a Deus por ela tá aqui, e espero que vá em frente.[...] Eu não tô importando com o tempo não. O tempo que for pra eu ficar aqui, eu fico, eu não me importo não. O importante é que ela saia daqui com saúde e eu possa cuidar dela em casa. Sair daqui, pra depois voltar. Tem horas que eu paro pra pensar, e me angustia muito, mas eu não ligo mais pra nada. Pra dizer a verdade eu não ligo mais, nem pro marido direito. Ele tá sempre vindo aqui. É tanto que ele já comentou que depois que eu tive ela, eu mudei. Ô, fazer o quê? Mas, eu falo pra ele que agora a quem tenho que me dedicar é a minha filha, não é ele não.[...] mudei com ele, eu não sou mais a mesma pessoa, depois que eu tive ela. Aí eu falei que tenho que me dedicar a ela, não é a ele não.

(Natiele)

[...] Deus foi tão bom, salvou as duas vidas, a minha e a dela.

(Sulamita)

O relacionar-se com alguém, com o outro, numa maneira envolvente e significativa, é o que Heidegger (1981) chama de **solicitude**, que imbrica as características básicas do ter consideração e paciência com os outros, que são princípios morais e exprimem a maneira como se vive com os outros, através das experiências e expectativas.

O filósofo afirma que há duas maneiras extremas de solicitude ou de cuidar do outro. A primeira é assumindo tudo pelo outro, a segunda é possibilitar que o outro assuma seus próprios caminhos, encontrar-se consigo mesmo, crescer, amadurecer.

As mães no MMC sendo-com-os-filhos, sendo-com-as-mães e sendo-com-os(as)-profissionais de saúde expressaram maneiras de solicitude. O ser-com-os-outros depende e baseia-se nos modos de viver com o outro. O ser-com é a maneira fundamental de se viver em comunidade, onde cada um compartilha, numa maneira singular, o viver dissolvido e absorvido no coletivismo.

Aqui é bom, né? Eu tô bem aqui [...] Porque aqui eu trato de minha filha por aqui mesmo [...] Agora aqui eu achei ótimo, né? Eu gostei daqui, e tô aqui até quando minha filha chegue o peso. Eu pego ela na hora que eu quero né, dorme comigo, dou peito. A moça ia botar hoje a bolsa em mim.[...] o curativo que tava abrindo um pouquinho.

(Tati)

Eu tô gostando, tô adorando, o jeito daqui das pessoas me tratar, me trata muito bem, cuida muito bem de eu e do meu filho[...].Eu tava ali dizendo que quando eu chegar em casa, que o médico der alta, eu vou fazer o mesmo, porque eu achei lindo, queria até tirar uma foto dele aqui no canguru. (O telefone da unidade tocou para ela, eram a sua mãe e o marido. Ela chora muito).

(Meire)

Bom, é bom porque aqui tem muitas pessoas que ajudam a gente, colabora, orienta, dá o apoio que a gente necessita, aí tá sendo bom. As pessoas, como é que diz, os voluntários daqui, as pessoas, que trabalham aqui né, ajudam muito a gente, são muito eficiente, dá atenção direitinha do que a gente necessita, os cuidados. Os cuidados que eu falo são esses, que é quando a gente precisa de alguma coisa, quando a gente vê a criança sentindo alguma coisa que a gente não entende, a gente pergunta, eles orientam, falam.

(Vitória)

Cada turma é uma coisa diferente, nunca é a mesma coisa. Assim, sempre uma deixa uma coisa a mais, outros deixa a menos, e aí eu fico lembrando de todo mundo. Acho que umas vinte e oito pessoas que passou por aqui, de quando eu tava, das que eu lembrei os nomes. Imagine aí, cada pessoa com a sua personalidade, cada uma age de um jeito, cada uma deixa um pouquinho de si, cada uma deixa o seu endereço, seu telefone. Eu mesma, quando eu sair daqui eu vou telefonar para uma delas para dizer assim: oh saí, graças a Deus, tá tudo maravilhoso. [...] dava apoio a gente, tanto as própria paciente, como os próprio funcionário que tava aí, sempre ajudando a gente com palavras, consolando e também fazendo orações com a gente, e isso foi muito bom. Se não fosse isso, talvez, era difícil [...].

(Rosa)

Contudo, o ser-com-o-filho e o ser-com-o-profissional de saúde, expressos nas falas, são maneiras de relacionar-se envolvente e significativa, diferente do ser-com-as-mães que desvela formas deficientes de solicitude, quais sejam: indiferença, apatia, falta e competição, segundo Heidegger (1981).

Tem sido bom, uma coisa assim que a gente vai adquirindo experiência de como, primeira mãe, primeiro filho, primeira mãe não, primeiro filho, de tá a gente aprendendo aos poucos. Porque se a gente fosse para casa tinha mãe para cuidar, e aqui, não, a gente tá aprendendo sozinha, com a ajuda de outros, mas não é igualmente com a mãe. Ah, sei lá, acho que se a gente não tivesse já passado por isso, seria diferente, porque tem alguém pra tá lá te ajudando. E aqui, não, tem ajuda, mas são de pessoas que ajudam você a se desenvolver, não fica esperando por outra pessoa. Aqui, não, aqui, a gente aprende a ser e fazer as coisas por a gente mesmo, e ser a gente mesmo, sem se importar com o que os outros estão falando e pensando. Essas coisas. Acho que é isso aí.[...] Ah, ajudam muito, realmente ajuda, cada um que chega aqui passa algo pra gente, nunca diz a mesma coisa, sempre um diz: oh, faz assim com seu bebê, seu bebê vai melhorar. Se é o médico, o médico diz: coloque seu filho com a cabecinha mais para cima pra ele respirar melhor. A enfermeira vem aqui dá outra explicação. Eu acho assim, eles, super, é uma equipe bem organizada, bem preparados para o que eles estão fazendo, eu gostei, gostei de todos, eles não tenho o que falar. Ah, muita coisa. Primeiro, a gente aprende, claro que eu já respeitava, cada um tem seu jeito de ser, o seu limite, o seu espaço, a gente já sabe, mas, aqui, a gente aprende mais ainda. Porque às vezes a gente tentava fazer alguma coisa pela pessoa, e em vez de ajudar, a gente tava prejudicando ela. Às vezes, assim como eu, artes. Aqui, assim, eu aprendi muita coisa, eles ensinavam é, se é quando vinha palavras, a gente aprende muito. E as pessoas, se é em relação à medicina, também vai aprender muita coisa, entendendo muita coisa. Eu tava dizendo para minha irmã, que quando saísse daqui, eu já ia sair uma médica, doutora (risos). Também, do tempo que eu passei e pelo que meu filho passou e eu vi acontecendo com ele, tanta coisa que eu não sabia o nome, que vinha, umas enfermeiras vieram me fazer umas perguntas, elas não sabia o que era que eu tava falando. Enfermeiras, não, estagiárias, que elas estavam aprendendo também. É isso, eu vou sair levando coisas boas, as ruins não interessam a gente.[...] a gente se chateia com as pessoas, né? As pessoas falam coisas desagradáveis para você, sem necessidade, pra trás. Sim, porque nem sempre são as mesma pessoas que ficam aqui. As pacientes, nem sempre são as mesmas pessoas. E é como a gente fala, quando tem muitas pessoa aqui, aí sempre tem uma que age diferente das outras, assim, falando mal.

(Rosa)

Em relação ao cuidado profissional, o ser-mulher-puérpera o considera próximo, sente-se agradecida, mesmo este cuidado não sendo de forma sistematizada, e com as orientações devidas. Neste depoimento verificamos que o posicionamento canguru, mesmo no cenário da manifestação do vínculo materno causou-lhe temor.

Ah, gostei. Da primeira vez, eu fiquei toda nervosa, pensando que ela ia me levar para outro lugar, porque ela falou assim, pra colocar o bebê para esquentar, eu pensei que fosse assim numa sala quente, aí ela colocou ela e eu fiquei aqui em pé esperando(risos). Aí ela falou, não Renata, é assim mesmo, aqui. Aí eu gostei, é uma sensação gostosa assim quando coloca ela. Gostei, todo mundo trata bem, conversa com a pessoa, quando a pessoa tá triste elas conversam, outra hora vem aqui perguntar se está precisando de alguma coisa, gostei do atendimento daqui. É eu fiquei surpresa, porque ela não me explicou direito. Ela falou assim, oh Renata, você vai tomar café, vai dar um banho nela e depois vai colocar ela no canguru, só falou isso, mandou eu tirar a roupinha dela, colocou ela. Aí eu fiquei pensando assim: êta meu Deus, será onde é? Ficar com ela assim é uma sensação tão boa! Fiquei assim pensando. Aí fiquei com ela aqui em pé, depois me sentei, aí, depois ela me falou que era pra eu ficar aqui assim com ela, botava de manhã, meio dia e de noite, aí pronto, eu to gostando de ta assim com ela,

uma sensação tão boa que dá vontade de chorar...Porque no dia que eu tive ela, não botaram ela assim, em cima de mim, como coloca, tiraram ela logo de mim, aí eu fiquei, passei quatro dias sem ver ela né, porque ela tava no berçário, não podia pegar, aí quando eu peguei ela foi uma sensação tão boa que eu até chorei, fiquei emocionada.

(Renata)

A depoente faz alusão a um resgate do tempo que ficou longe do filho, do contato pele a pele que não teve a oportunidade de experimentar após o nascimento, e do impacto da simplicidade do método. De acordo com essas observações, resalto o que Heidegger (1993b) evidencia na luta pela interpretação do ser, entendendo que a mesma não foi sequer desencadeada e por isso não se pode dar por terminada. Somente após trilhar este caminho é que se pode dizer se ele é o único ou o certo.

Na analítica existencial heideggeriana do *Dasein*, o filósofo abordando a compreensão afirma:

Na compreensão, a pre-sença projeta seu ser para possibilidades. Esse ser para possibilidades, constitutivo da compreensão, é um poder que se repercute sobre a presença, as possibilidades enquanto aberturas. O projetar da compreensão possui a possibilidade própria de se elaborar em formas. Chamamos de interpretação essa elaboração (HEIDEGGER, 1997, p.204).

Assim, compreender a vivência do ser-mulher-puérpera conduziu-me a considerar o ser-aí em elaboração, e o sentido como pontua Lopes (1999), “como algo que se refere às possibilidades da pre-sença”, e que foi desvelado pelo temor, pelo falatório, pela solicitude, pela angústia, modos de ser essencialmente ligados à temporalidade.

Nesse contexto temporal, Dubois (2004, p.63) questiona: como compreender os fenômenos existencialmente sem introduzir também a idéia de permanência no tempo sucessivo de um sujeito que demonstra sua subjetividade?

Heidegger apud Dubois (2004, p.62) esclarece que o tempo pessoal, não é o mesmo tempo cronológico:

Trata-se de mostrar que o instante (temporalidade originária) contém em si mesmo a capacidade de uma duração, Isto é, de uma história, que o instante abriga a amplidão de uma vida fiel a si mesma. Ou ainda, tratar-se de mostrar que o *Dasein*, por ser temporal, é por isso capaz de uma história. A temporalidade do *Dasein* justamente não provém de seu estar embarcado numa história objetiva, processo de uma história universal, muito pelo contrário, é porque ele é temporal no fundo do seu ser que o *Dasein* é histórico.

Capalbo (1994, p.196) menciona que a ciência do ponto de vista da investigação fenomenológica, não é empírica, mas sim tratada na experiência vivida como transcendental, ou que transcende a aqui e agora do fato. Neste sentido, assevera:

Pela redução coloca-se a existência factual e empírica em suspenso para descrevê-la e deixar que ela se mostre dela mesma na experiência transcendental da consciência com fenômeno puro que na sua dimensão eidética é significativa pra o homem.

Spíndola (1997) reafirma a noção de que o mundo ao redor é percebido através do nosso corpo. Isso porque, engajados em uma determinada realidade, não podemos fugir dela quando fazemos reflexão. Somos um todo, ou seja, um corpo sensível que pensa, fala, se comunica e interage com o meio, com seu mundo. E é através dessa percepção, desse conjunto, que nos conhecemos. A autora salienta que a enfermagem fenomenológica refere-se à interação de duas pessoas numa experiência intersubjetiva e, essencialmente, descritiva em que ocorre um partilhar autêntico. Nesse diálogo estão o encontrar-se, o relacionar-se, o estar presente, a escuta, o olhar atento, uma chamada, uma resposta.

Martins (2001) considera que a atividade assistencial não pode ocupar-se de seres humanos como se não fossem. Seres humanos são tanto os clientes, o ser-mulher-puérpera, como os profissionais, ou seja, ambos têm necessidades, desejos, medos, carências. Ressalta que há considerável alívio e melhoria das condições de trabalho assistencial quando o profissional pode reconhecer os motivos do comportamento do cliente, assim como, perceber os efeitos que esse comportamento lhe provoca, tais como: angústia, raiva, impotência. É conhecido o fato de que muitas queixas dos usuários (as) podem ser resolvidas ou atenuadas quando estes (as) se sentem compreendidas e respeitadas.

O *sentido* do ser-mulher-puérpera no MMC, neste cotidiano vivencial, foi desvelado pelo temor, pelo falatório, pela solicitude, pela angústia, modos de ser essencialmente ligados à temporalidade, expressos nas falas, nas lágrimas, nos sorrisos, nos silêncios, enfim, nas emoções. Destas situações que mostraram o modo de ser de cada uma, destaco o silêncio como o que mais me fez estar absorvida neste mundo do MMC.

Neste movimento da busca do *sentido*, coaduno com o pensamento de Heidegger apud Inwood (2002, p.174), ao afirmar que “adotar uma posição prematura e apaixonada a favor ou contra algo, revela apenas uma deficiência de paixão genuína”. E o que mais precisamos é ser-com-o-outro em sua singularidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração da presente dissertação *O sentido do ser-mulher-puérpera no Método Mãe Canguru* possibilitou-me repensar a construção dos afetos e dos sentimentos vivenciados pelas mulheres inseridas no MMC, à luz do pensamento heideggeriano.

Vivenciando o cotidiano hospitalar com as mães no MMC, percebi a surpresa pelas circunstâncias que envolvem a prematuridade e, ao mesmo tempo, alegria pela possibilidade de sobrevivência do bebê, a emoção pela experiência da maternidade e o cuidado com o bebê prematuro, o impacto devido à hospitalização, o conhecimento sobre o Método Mãe Canguru e o envolvimento com profissionais e mães, a preocupação com o cotidiano familiar e/ou laboral, gerando saudades, a confiança em Deus pela redução do tempo de hospitalização e o agradecimento pelas vitórias. Situações que se somavam à multiplicidade de papéis atribuídos à mulher, não só pela sua constituição familiar, mas, sobretudo, pela construção social de gênero, mãe provedora do cuidado, também, no espaço público.

A minha inquietação para compreender a vivência das mães inseridas no MMC surgiu, neste cotidiano em que a mãe-puérpera mostra-se como ser de possibilidade pura, a partir de seu modo de ser. Compreendi que a mulher era, na maioria das vezes, assistida de forma inautêntica, não tendo sua singularidade valorizada, já que o cuidado que lhe era destinado visava apenas o plano biológico, no máximo o das emoções expressas, sem a preocupação com o existencial. O *sentido* do ser-mulher-puérpera no MMC foi desvelado pelo temor, pelo falatório, pela solicitude, pela angústia, modos de ser essencialmente ligados à temporalidade presentes nas falas, nos silêncios, nas expressões faciais de seres singulares, inseridas numa metodologia de transição paradigmática, cujo impacto principal é a construção / recuperação do vínculo afetivo mãe-filho-família.

Considero que as políticas públicas e a formação das (os) profissionais de saúde não são estabelecidas sob a ótica da fenomenologia. Contudo, urge não apenas o encontro entre o paradigma tecnológico e o humanista, como observamos no MMC, mas, também, que esse encontro se dê de forma equilibrada, de maneira que se possa des-construir, para re-construir novos conceitos e formas de cuidar, pautadas na singularidade da criança, da mulher, da família e do profissional de saúde.

Concordo com Martins (2001) ao descrever a humanização das relações assistenciais, em que sugere a inclusão da dimensão psicológica na formação do estudante da área de saúde, bem como mudança no enfoque teórico-prático sobre a relação profissional-cliente, imprescindível para a compreensão e desempenho da atividade assistencial. O trabalho de sensibilização nos

cursos de graduação e pós-graduação em relação aos aspectos emocionais envolvidos na formação profissional é uma medida prioritária. Acredito ser necessário compreender a singularidade de cada pessoa e o significado do momento em que está inserida para se cuidar humanamente.

As políticas de Humanização do Ministério da Saúde primam pelo acolhimento e pelo vínculo, mas como estamos tratando essa mulher cuidadora do espaço público e privado, sem que a mesma se sinta a única responsável pelo nascimento do seu filho prematuro, ou dos outros filhos no domicílio? As atividades educativas desenvolvidas não trabalham as questões de gênero, os conflitos gerados pelas emoções acarretadas pelo momento de crise, a exemplo da preocupação com o cotidiano familiar e/ ou laboral. E assim, elas passam o período de hospitalização em prol da saúde de sua criança sem contar pelo menos com a postura do ouvir, do olhar e do tocar atentos dos profissionais envolvidos, restando-lhes apenas a confiança em Deus, como única saída para o conflito vivenciado.

De fato não temos, na área de enfermagem, uma formação acadêmica voltada para a leitura da subjetividade das (os) usuárias (os), do toque, do silêncio, nem para a compreensão de que o espaço hospitalar pode e deve ser de consagração familiar e não apenas destinado a ações médicas. Portanto, temos dificuldades em privilegiar as necessidades das mulheres, das crianças e das famílias. Dessa forma, urge mais treinamentos, capacitações, sensibilizações para os profissionais que estão na ponta dos serviços, com o objetivo também de desconstrução da hegemonia entre os saberes. Afinal, nós, enfermeiros e demais profissionais de saúde, precisamos de acolhimento para lidar melhor com as dores, as alegrias, as incertezas e o sentimento de impotência próprio do existir, assim garantindo a autonomia, o cuidado transformador e a não maleficência.

Vislumbro que o estudo poderá beneficiar a unidade hospitalar envolvida a estruturar as etapas desta metodologia de humanização estimulada pelo Ministério da Saúde, conhecendo o significado em ser-mulher-puérpera inserida no MMC. Destarte, contribuirá para ampliar a reflexão da comunidade acadêmica e de saúde quanto à forma de implementação do MMC, ressaltando aqui, a mulher.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Mariza Silva. **Sentimentos femininos**: o significado do desmame precoce para mulheres. 1996.188.f Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

ALVES, Tatiana Techeira. **O significado de ser “mãe-canguru”**: percepções de puérperas. Monografia de Graduação apresentada à Universidade Estadual da Bahia. Salvador: 2004.

AMAZARRAY, Mayte Raya et al. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Rev. Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v.11, n.3,1998.

ASSIS, Maria Marluce. **As formas de produção dos Serviços de Saúde**: o público e o privado. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1999.

AVELAR, Lúcia. **Mulheres na elite da política brasileira**. São Paulo: Unesp, 2001.

ÁVILA, Ângela Amâncio de. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente**. São Paulo: Atheneu, 1998.

BAHIA. Secretária de saúde. **Manual de Atenção ao Recém Nascido**. Bahia, p. 42, 2000.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. (Org.). **A outra margem**: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Casa de José Alencar/ Programa Editorial, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Gestação de Alto Risco**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do curso de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde – Banco Nacional de Desenvolvimento e Social, Fundação Osa. n° 7. **Boleto Informativo Método Mãe-Canguru**. jan-fev-março, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, 2005.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: 2. a experiência de vida**. Trad. Por Sérgio Milliet. 2 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980.

BERQUÓ, Elza. **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. São Paulo: UNICAMP, 2003.

BESERRA, Maria Aparecida et al. **Recém- nascido Prematuro: um impacto na família**. Monografia de graduação. Escola de Enfermagem da Universidade de Pernambuco, 2002.

BRUNS, Maria Alves de Toledo; HOLANDA, Adriano Furtado. **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Átomo e Alínea, 2003.

CAETANO, Laíse Conceição. **Vivendo no Método Mãe Canguru: A tríade mãe-filho-família**. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.

CAMARGO, Teresa Caldas; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. **O ex-sistir feminino num rosto sem moldura: uma análise compreensiva**. Dissertação Mestrado. Escola de Enfermagem Ana Nery, Rio de Janeiro, 1997.

CAMPOS, Gastão W. de S; MERHY, Emerson; NUNES, Everaldo D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

CAPALBO, Creusa. Considerações sobre o Método Fenomenológico e a Enfermagem. **Revista enfermagem UERJ**. v.2, n.2, p. 192-7 out,1994.

CAPALBO, Creusa. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Londrina: UEL, 1996.

CARVALHO, Anésia de Souza. **Metodologia da Pesquisa: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

CARVALHO, Maria Eulina P., de PEREIRA, Maria Zuleide da C. **Gênero e educação: Múltiplas Faces**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CHARPAK, Natalie et al. **O Método Mãe – Canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras**. Rio de Janeiro : McGraw.Hill, 1999.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999.

COSTA, Maria Conceição Oliveira; SOUZA, Ronald Pagnoncelli de Souza. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

DELGADO, G. Dídice et al. **Mulher e Trabalho: experiências de ação afirmativa**. São Paulo: Boitempo, 2002.

DAMASCENO, Marta Maria Coelho. **O ex-sistitir do diabético: da fenomenologia para a enfermagem: Tese de Doutorado**. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro,1996.

DESOUZA, Eros et al. A construção social dos papéis sexuais femininos. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, v.13, n.3, p. 485-496, 2000.

DIAS, Ana Cristina Garcia; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. Representações de maternidade de mães jovens e suas mães. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8, n. esp. p. 63-73, 2003.

DUARTE, Elysângela Ditta; SENA, Roseni, Rosângela de Sena. Cuidado Mãe-Canguru: Relato de Experiência: **REME. Revista Mineira de Enfermagem** v.5, n.1/2, p.86-92. jan/dez, 2001.

DUBOIS, Christian. **Heidegger**: introdução a uma leitura. Trad. Bernardo Barros Coelho de oliveira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

FERREIRA FILHO, Alberto Heráclito. **Quem pariu e bateu, que balance!** Mundos femininos, maternidade e pobreza. Salvador: Centros de Estudos Baianos, 2003.

FERREIRA, Silvia Lúcia et al, **Reflexões teórico-metodológicas sobre o conceito de gênero aplicado à enfermagem**. Anais do 12º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem: Aben, 2003.

FORNA, Amiatta. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRANÇOSO, Aparecida Lucimar et al. **Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004.

FURLAN, Cláudia Elisângela Fernandes Bis et al. Percepção dos pais sobre a vivência no Método Mãe Canguru. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.11, n.4, p. 444-52, jul/ago, 2003.

GALLIAN, Dante Marcelo Claramante. A (Re) humanização da medicina. **Psychiatry on line Brazil**. v. 5, n. 5, maio, 2000.

GAMA, Silvana Granado Nogueira et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, fev. 2001.

GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker (Org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GOMEZ, Hecta Martiínez. **Método Mãe Canguru**: o impacto do cuidado mãe-canguru na família. Disponível em : <[http// www.aleitamento.com](http://www.aleitamento.com) >, Acesso em: 10 fev. 2004.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. **Programa Gestão Política e Cidadania**. O programa mãe-canguru do Instituto Materno Infantil de Pernambuco. São Paulo: 1998

HEIDEGGER, Martin. **Todos Nós Ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. Trad. Dulce Mara Critelli. São Paulo: Editora Moraes, 1981.

_____. Martin. Ser e Tempo – parte I. 6. ed. Petópolis: Vozes, 1997a.

_____. Martin. Ser e Tempo – parte II. 3 ed. Petópolis: Vozes, 1993b.

HOGA, Luiza Akiko Komura et al. Gravidez na Adolescência: ocorrências e intercorrências obstétricas e neonatais. **Revista Mineira de Enfermagem**. V.5, n.1/2 p. 37-43. jan/dez, 2001.

HOUAISS, Antônio. **Minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

INWOOD, Michel. **Dicionário Heidegger**. Trad. Luísa Buarque de Holanda; revisão técnica, Márcia Sá Cavalcante Schuback. Rio de Janeiro: Zarah, 2002.

JESUS, Leila Luíza Conceição. **O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia**. Dissertação Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2002.

KAKEHASHI, Tereza Yoshiko. **A situação atual da Enfermagem neonatológica e suas tendências para o futuro**. Revista Acta Paulista de Enfermagem, v.09, número especial, p. 19-21, 1996.

KIMURA, Amélia Fumiko. A construção da personagem mãe: considerações teóricas sobre a identidade e papel materno. **Revista de Escola de Enfermagem USP**, v.31, nº.2, p.339-343, ago.1997.

LOPES, Regina Lúcia Mendonça. **Prevenindo o Câncer Cérvico-Uterino: um estudo fenomenológico sob a ótica da mulher**. Salvador: ULTRAGraph, 1999.

LOPES, Marta Julia Marques et al. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MALDONADO, Maria Teresa Pereira. **Psicologia da Gravidez parto e puerpério**. Petrópolis, 1985.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Políticas de atenção à saúde da mulher no contexto brasileiro . **Revista baiana de enfermagem**. Salvador, v.10, n.1/2,p.57-70, abr/out.1997

MANDU, Edir Nei Teixeira; SILVA, Graciette Borges da. Assistência Pública a Saúde: mulheres com a palavra. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.32, nº. 3, p.218-30, out, 1998.

MANDU, Ednir Nei Teixeira. Gravidez na adolescência: um problema? In: **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Aben/ Governo Federal, 2000.

MARTINS, Alaerte Leandro et al. Mortalidade materna & gravidez na adolescência: um desafio para a enfermagem. In: **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: Aben/ Governo Federal, 2000.

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Humanização da Assistência e formação do profissional de saúde. **Psychiatry on line Brazil**. v. 8, n.5, maio, 2003.

_____. Maria Cezira Fantini Nogueira. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MATTOS, Janaína Valéria de. Programa Mãe-Canguru. **Boletim DICAS**, n.178. São Paulo: 2001.

MEYER, Clair K. **Relação mãe bebê**: uma leitura da família atual a partir das teorias de John Bowlby e Donald W. Winnicott. Tese de Mestrado apresentado ao Centro Universitário Jaraguá do Sul, Santa Catarina, 2004.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; praça, Neide Souza. **Abordagem teórico metodológicas qualitativas**: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MILTERSTEINER, D. R. e RECH, V. Respostas fisiológicas da posição mãe-canguru em bebês pré-termos, de baixo peso e ventilando espontaneamente. **Rev. Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife, out-dez. 2003.

MILTERSTEINER, Aline da Rosa, **Utilização da Posição Mãe-canguru**. Canoas: ULBRA, 2003.

MOFFATT, Alfredo. **Terapia da crise**. São Paulo: Cortez, 1982.

_____. Alfredo. **Psicologia do Oprimido**: ideologia e técnica da psiquiatria popular. São Paulo: Cortez, 1991.

MONTAGU, Ashley. **Tocar**: o significado humano da pele. São Paulo: Summus, 1988.

MONTI, Luciana Mara Fonseca. **Cuidados com o bebê prematuro**: cartilha educativa para orientação materna. Dissertação Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2002.

MOURA, Solange Maria Sobottha Rolim; ARAÚJO, Maria de Fátima. Produção de Sentidos sobre a maternidade: uma experiência no programa mãe canguru. **Revista Psicologia em Estudo. Maringá**, v.10, nº. 1 p.37-46, jan/abril: 2005.

NASCIMENTO, Eliane. **Maternidade, desejo e gravidez na adolescência**. Salvador: Edufba, 2002.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo. **A assistência de enfermagem na perspectiva de gênero: concepção de mulheres em um centro de saúde de Salvador.** Recorte da tese de doutorado. UFRJ/ Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor.** Trad. Tália Gevaerd de Souza. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. **A mulher, a sexualidade e o trabalho.** São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, Nelson Diniz de. **Como o Brasil trabalha o Método Mãe Canguru.** Disponível em: < http://www.metodocanguru.Org.br/histórico_print.htm > Acesso em: 10 mai. 2004.

OLIVEIRA, Maria Emília de; BRUGGMANN, Odaléa Maria. **Cuidado Humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem.** Eunápolis: Ed. Cidade Futura, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Necessidades de saúde dos adolescentes.** Genebra: 1997.

PAIVA, Rui. **A humanização da assistência ao parto.** In: RATTNER, Daphne; TRENCH, Belkis. **Humanizando nascimentos e partos.** São Paulo: Senac, 2005.

PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi. **História da Cidadania.** 2 ed. São Paulo: Contexto, 2003.

RATTNER, Daphne; TRENCH, Belkis. **Humanizando nascimentos e partos.** São Paulo: Senac, 2005, p. 69.

SANTANA, Judith Sena da Silva. O processo de exclusão de adolescentes no Brasil: sua origem na infância desvalorizada. In: **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro.** Brasília: Aben/ Governo Federal, 2000.

SANTOS, Inês Maria Meneses dos. Maternagem e o atendimento à criança e à sua mãe. **Rev. Enfermagem Atual.** Rio de Janeiro, n. 19, jan-fev. 2004.

SANTOS, Sílvia Reis dos; SCHOR, Néia. **Vivências da maternidade na adolescência precoce**. Recorte da tese de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001.

SCHWENGBER, Daniela Dias de Souza; PICCININI, César Augusto. **O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe – bebê**. Revista Estudos de Psicologia v.08, n. 03.p.403-411, 2003.

SCLIAR, Moacyr. Prefácio. In: RATTNER, Daphne; TRENCH, Belkis. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Senac, 2005.

SILVA, Alexandre Vitorino. **O desafio das ações afirmativas no direito brasileiro**. Disponível em: < [http:// www. Jus. Com.br/doutrina/texto.asp](http://www.Jus.Com.br/doutrina/texto.asp).> Acesso em: 23 jul. 2003.

SILVA JUNIOR, A.G. **A saúde coletiva e o modelo hegemônico**: uma discussão In modelos tecnoassistenciais em saúde. O debate no campo de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, p. 111-126, 1998.

SILVA, Isília Aparecida. **Reações emocionais da mulher no puerpério**. Ver. Esc. Enf. USP, São Paulo, 22 (2): 237-243. ago. 1988.

SIMÕES, Maiane Andrade. **Vivenciando a hospitalização do filho**: a ótica da mãe adolescente. Monografia de Graduação apresentada à Universidade Estadual da Bahia. Salvador/ Bahia: 2004.

SLUCKIN, Wladyslaw et al. **Vínculo Materno**. São Paulo: Paulinas, 1990.

STERN, D. N. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

STREY, Marlene Neves et al. **Construções e perspectiva em gênero**. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2001.

STEIN, Ernildo. **Exercício de Fenomenologia**: limites de um paradigma. Ijuí: Ed. Unijuí, 2004.

SPÍNDOLA, Thelma. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Revista da Escola De Enf da USP**, v. 31, n.3, p. 403-9, dez, 1997.

TAYLOR, Cecília M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TOMA, Tereza Setsuko. Método Mãe Canguru: O papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, 2003.

TORRÃO FILHO, Amílcar. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. **Cadernos Pagu**. v.24. p.127-152. jan/jun, 2005.

TORRES, Ana Celi Souza Silva. **Método Mãe-Canguru: A ótica da mulher inserida no projeto**. Monografia de Graduação. Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2003.

TORRES, Jesus Vázquez. Angústia e Desamparo numa Perspectiva Heideggeriana. **Revista Perspectiva Filosófica**, v. 6, n. 11, p.145, jan. 1999.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1997.

VENÂNCIO, Sonia Ioyama; ALMEIDA, Honorina de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5, nov, 2004.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa e WHITE, Evelyn C. (Org.). **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRADO EM ENFERMAGEM
 Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher

PESQUISA: Vivência de mães no Método Mãe Canguru

O Projeto de dissertação do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, intitulado **Vivência de mães no Método Mãe Canguru** tem como objetivo compreender a vivência das mulheres inseridas no Método Mãe Canguru do Hospital da Mulher, localizado no município de Feira de Santana – Ba. O instrumento a ser utilizado como técnica de coleta de dados será a entrevista, com duas questões norteadoras, sendo que, será preenchido pela pesquisadora um formulário contendo dados de identificação, socioeconômicos, gineco-obstétricos e hospitalares da entrevistada. A coleta dos depoimentos será na unidade hospitalar, no Alojamento Canguru, onde ficam as mães inseridas na 2ª etapa do Método Mãe Canguru. As entrevistas serão gravadas a fim de assegurar integridade das falas, ao término da pesquisa, as fitas serão arquivadas juntamente ao relatório final da pesquisa. E para que a entrevistada tenha acesso aos dados coletados assim que quiser, a unidade hospitalar receberá uma cópia do relatório final da dissertação, além deste TCLE, elaborado em duas vias, a fim de que uma cópia fique com a entrevistada, com os telefones da pesquisadora, caso necessitem entrar em contato com a mesma.

O estudo poderá beneficiar a unidade hospitalar envolvida na investigação, em estruturar melhor as etapas desta metodologia de humanização do Ministério da Saúde, sabendo o significado em ser-mãe-canguru para as depoentes, como também através da sua publicação em revistas e anais de eventos científicos, contribuir para ampliar a reflexão da comunidade acadêmica e de saúde quanto a forma de implementação do Método Mãe Canguru, já que, mesmo tendo como foco a criança, tem também como protagonista a mulher, muitas vezes, ainda adolescente.

Compreendi o objetivo do trabalho a ser realizado pela Enfermeira Aldacy Gonçalves Ribeiro e aceito ser entrevistada, voluntariamente, podendo me recusar a responder as perguntas, a qualquer momento. Autorizo a investigadora utilizar-se do conteúdo das entrevistas, que serão gravadas e transcritas, para fins científicos, sem desprezar o meu direito à privacidade, mantendo sigilo quanto a minha identidade e informações confidenciais.

Feira de Santana...../...../.....

Aldacy Gonçalves Ribeiro
 Pesquisadora responsável
 Telefones: (75) 36149788
 (75) 91354955
 (71) 32474528

Assinatura da entrevistada

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher

PESQUISA: Vivência de mães no Método Mãe Canguru

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ (iniciais)

Idade: _____ Cor: _____

Cidade em que reside: _____

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS

Grau de instrução: _____

Profissão/ ocupação: _____

Situação conjugal: _____

Convive com o companheiro: () sim () não Há quanto tempo: _____

3. DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS

Número de gestações: _____ Número de partos: _____

Complicações em gestações anteriores: () sim () não Quais: _____

Número de filhos vivos: _____ Idade: _____ co-habitam: () sim () não

Tipo do parto: () PSNV⁴⁴ () PSAC⁴⁵ () PSAF⁴⁶ () PDNV⁴⁷ () PDAC⁴⁸

Realizou pré-natal : _____ n° de consultas: _____ não sabe informar: _____

Idade gestacional na data do parto: _____

Gravidez planejada: () sim () não

Gravidez desejada: () sim () não

4. DADOS HOSPITALARES:

Dias de internação: _____

Dias de internação nesta unidade: _____

5. QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como é para você ser mãe deste bebê prematuro?
2. Como tem sido participar do Método Mãe Canguru?

⁴⁴ Parto simples natural em vértice

⁴⁵ Parto simples artificial cesáreo

⁴⁶ Parto simples artificial fórceps

⁴⁷ Parto duplo natural em vértice

⁴⁸ Parto duplo artificial cesáreo

APÊNDICE C - DEPOIMENTOS

Depoente nº 1

Dados pessoais: R. J. O., 25 anos, cor branca, reside em Conceição de Feira.

Dados socioeconômicos: 2º grau completo, estudante, vive em união estável com companheiro há um ano e dois meses.

Dados gineco-obstétricos: Primigesta, primípara, realizou quatro consultas de pré-natal, até a 28ª semana de gestação. Informa gravidez não planejada e desejada, ocorrido PSNV.

Dados hospitalares: 46 dias de hospitalização, 44 dias na Unidade Canguru, 6 dias de Inserção na 2ª etapa do MMC.

Então, como é que tá sendo para você ser mãe desse seu filho?

Ah, uma experiência nova, né? Porque realmente a gente ser mãe é uma coisa diferente. Só que eu não imaginava que ia ter que ocorrer tudo isso que aconteceu, que ele esse tempo todo lá no berçário, essa complicação toda. Mas, em relação a ele é maravilhoso ser mãe, cuidar dele, é uma coisinha especial, pequenininha, assim, nossa.

Você me disse que não imaginava que fosse assim tudo diferente...

Diferente, porque realmente eu não sabia que ia complicar, como eu tive problemas, dores, essas coisas, aí ele nasceu antes do tempo. Aí o médico, quando ele nasceu, o médico falou assim, que ele tinha problema de respiração, só que eu não achava que ia ser uma coisa tão grave, aí foi. Nessa foi para o berçário, aí foi cada vez mais piorando, piorando, mas graças a Deus, ele melhorou, foi melhorando. E já sabe, né? A pessoa fica ali vendo o filho sofrendo, sentindo dores, com aquelas coisas tudo, é difícil. Além da gente tá lá vendo o filho, a gente fica assim num hospital, num lugar desconhecido, com pessoas desconhecida e longe da família e, é muito doloroso, eu acho assim, pra mim. Eu sentia muito, não senti mais, porque tinha as pessoas aí, que dava apoio a gente, tanto as própria paciente, como os próprio funcionário que tava aí, sempre ajudando a gente com palavras, consolando e também fazendo orações com a gente, e isso foi muito bom. Se não fosse isso, talvez, era difícil. Ah, apesar de Deus, porque se não é ele também, tá segurando a gente, porque, eu sei lá, eu achei muito pesado, porque a gente nunca imaginava, nunca imaginava, passar por isso. Mas, graças a Deus, em relação a isso foi maravilhoso.

Fale-me mais sobre esse maravilhoso...

Ah, sobre a experiência maravilhosa? Eu sempre gostei de criança, sempre gostei e cuidava de um sobrinho meus, mas a gente ter o que é nosso, e assim, saber que saiu de mim, é meu, parece comigo, parece com o pai...Eu acho que isso é a recompensa maior e taí, né?! Junto com a gente, sorrindo, e aquele olhar, com aquele sorriso, tudo que ele passa pra gente é bom demais.

É verdade...

E como tem sido para você participar do Método Mãe Canguru, também chamado de MMC?

Como assim você quer saber, de eu ta aqui com ele?

É, como tem sido para você participar? Porque você ta aqui não é, no MMC? Você está no Alojamento Canguru, e como tem sido para você participar deste Método?

Tem sido bom, uma coisa assim que a gente vai adquirindo experiência de como, primeira mãe, primeiro filho, primeira mãe não, primeiro filho, de tá a gente aprendendo aos poucos. Porque se a gente fosse para casa tinha mãe para cuidar, e aqui, não, a gente tá aprendendo sozinha, com a ajuda de outros, mas, não é igualmente com a mãe. Ah, sei lá, acho que se a gente não tivesse já passado por isso, seria diferente, porque tem alguém pra tá lá te ajudando. E aqui, não, tem ajuda, mas são de pessoas que ajudam você a se desenvolver, não fica esperando por outra pessoa. Aqui, não, aqui, a gente aprende a ser e fazer as coisas por a gente mesmo, e ser a gente mesmo, sem se importar com o que os outros estão falando e pensando. Essas coisas. Acho que é isso aí.

Você me disse você se desenvolve, né, sozinha, faz as coisas por você mesma. E como é que ficam os profissionais? Porque você está no MMC, em que tem a enfermeiro, a auxiliar de enfermagem, a fisioterapeuta, a pediatra, cada um tem o seu papel. Como essas pessoas, ajudam nas orientações?

Ah, ajudam muito, realmente ajuda, cada um que chega aqui passa algo pra gente, nunca diz a mesma coisa, sempre um diz: oh, faz assim com seu bebê, seu bebê vai melhorar. Se é o médico, o médico diz: coloque seu filho com a cabecinha mais para cima pra ele respirar melhor. A enfermeira vem aqui dá outra explicação. Eu acho assim, eles, super, é uma equipe bem organizada, bem preparados para o que eles estão fazendo, eu gostei, gostei de todos, eles não tenho o que falar (silêncio).

Ta jóia, ta ótimo, quer falar mais alguma coisa?

Não.(lágrimas nos olhos)

Ficou emocionada?

É , (choro). Falar de filho é maravilhoso, não é?

Bem, não sei, eu não sou mãe ainda, mas fico emocionada (lágrimas nos olhos).

É maravilhoso, eu mesmo fico, porque eu fico lembrando de tudo que aconteceu.

Tudo...

Tudo que aconteceu com o bebê, tudo isso e o que a gente passou aqui dentro. Porque cada...Hoje, tem essa turma de pacientes, essas mães, mas eu já passei por outras turma, né? Cada turma é uma coisa diferente, nunca é a mesma coisa. Assim, sempre uma deixa uma coisa a mais, outros deixa a menos, e aí eu fico lembrando de todo mundo. Acho que umas vinte e oito pessoas que passou por aqui, de quando eu tava, das que eu lembrei os nome. Imagine aí, cada pessoa com a sua personalidade, cada uma age de um jeito, cada uma deixa um pouquinho de si, cada uma deixa o seu endereço, seu telefone. Eu mesma, quando eu sair daqui eu vou telefonar para uma delas para dizer assim: oh, saí, graças a Deus, tá tudo maravilhoso. Foi bom, uma experiência maravilhosa. Porque, é como minha irmã mesmo tava dizendo que, quando eu sair daqui, eu vou ser outra pessoa. Porque aqui, a gente, eu aprendi muita coisa. Aprendi com meus próprios erros e vendo os dos outros também, a gente vai se consertando.

Quando você fala assim que aprendeu muita coisa...

Ah, muita coisa. Primeiro, a gente aprende, claro que eu já respeitava, cada um tem seu jeito de ser, o seu limite, o seu espaço, a gente já sabe, mas, aqui, a gente aprende mais ainda. Porque às vezes a gente tentava fazer alguma coisa pela pessoa, e em vez de ajudar, a gente tava prejudicando ela. Às vezes, assim como eu, artes. Aqui, assim, eu aprendi muita coisa, eles ensinavam é, se é quando vinha palavras, a gente aprende muito. E as pessoas, se é em relação à medicina, também vai aprender muita coisa, entendendo muita coisa. Eu tava dizendo para minha irmã, que quando saísse daqui, eu já ia sair uma médica, doutora (risos). Também, do tempo que eu passei e pelo que meu filho passou e eu vi acontecendo com ele, tanta coisa que eu não sabia o nome, que vinha, umas enfermeiras vieram me fazer umas perguntas, elas não sabia o que era que eu tava falando. Enfermeiras, não, estagiárias, que elas estavam aprendendo também. É isso, eu vou sair levando coisas boas, as ruins não interessam a gente.

E essas ruins...

Não, as ruins, a gente se chateia com as pessoas, né? As pessoas falam coisas desagradáveis para você, sem necessidade, pra trás.

As pessoas...

Sim, porque nem sempre são as mesma pessoas que ficam aqui. As pacientes, nem sempre são as mesmas pessoas. E é como a gente fala, quando tem muitas pessoa aqui, aí sempre tem uma que age diferente das outras, assim, falando mal.

Depoente nº 2

Dados pessoais: J. O. S., 23 anos, cor negra, reside em Feira de Santana.

Dados socioeconômicos: 1º grau completo, doméstica, vive em união estável com companheiro há um ano e seis meses.

Dados gineco-obstétricos: Primigesta, primípara, realizou três consultas de pré-natal, até a 24ª semana de gestação. Informa gravidez planejada e desejada, ocorrido PSNV.

Dados hospitalares: 32 dias de hospitalização, 22 dias na Unidade Canguru, 8 dias de Inserção na 2ª etapa do MMC.

Como é que está sendo para você ser mãe de sua filha prematura?

Ah, tá sendo assim, sei lá, uma surpresa, porque eu pensava que ela não ia sobreviver, porque ela tava no berçário alto risco, e eu tô satisfeita por ela ta aqui, mais eu. Eu sei nem o que dizer aí nessa hora, eu fico toda nervosa. Não pensava dela vir ficar aqui mais eu por agora não, porque disse que ela ia demorar... mas, ela veio, né?!

Mais tempo no berçário...

Sim, disse que ia ficar mais tempo no berçário, disse que ia mais ou menos um mês, mas antes de um mês ela veio ficar aqui mais eu.

E quem tinha dado essa orientação para você? Que ela ia ficar...

A médica, a médica falou que ela é de sete mês, que ela não tinha muita melhora, o problema dela era grave, sabe? Ela não conseguia respirar direito, foi po *CPAP(suporte ventilatório que fornece pressão contínua e positiva de oxigênio e ar comprimido)*, ficou muito ruim, depois ela saiu do CPAP, foi pro balão de oxigênio, depois voltou ao normal, ela trouxe pra aqui.

E você me falou que foi uma surpresa, pra você, a vinda dela?

Porque eu não esperava ela vir pra aqui, porque hoje a maioria dos nenê de sete mês, não tá sobrevivendo. Eu tenho uma amiga mesmo, que tem três dia que ela teve nenê, tava de seis mês, ia fazer sete, acho que já fez, quando foi com três dia o nenê faleceu. Aí eu ficava assim, pensando, obrigada meu Deus, por minha filha tá aqui, porque é tanta coisa, né?! Tenho que agradecer a Deus. Eu ficava aqui mais eu sofria muito, até hoje eu sofro, quando eu tô aqui chorava direto, aí tô agradecendo a Deus por ela tá aqui, e espero que vá em frente.

Você me disse que tava aqui e que sofria demais. Fale-me mais desse sofrimento.

Porque eu pensava de não sair com ela daqui, por causa da minha gravidez, não por relacionamento entre eu e o pai, mas, sim porque eu fiquei muito nervosa, nervosa mesmo. Eu acho que foi isso que fez ela nascer antes do tempo. Eu fiquei muito nervosa, foi isso que fez ela nascer antes do tempo, eu fiquei muito nervosa, pra mim nada tava bom, eu ficava nervosa

mesmo e chorava o tempo todo, não se alimentava, só fazia beber água e dormir, aí ficava aquele negócio o tempo todo. Logo, logo apareceu as dor, dor foi essa, que vi ter ela. Por isso ela nasceu antes do tempo, foi o meu nervoso. Foi tanto que eu fui parar no *Creristo* (*Hospital Geral Clériston Andrade*), fiquei três dia internada, porque eu não tive força mais pra levantar, aí depois, parecendo uma depressão, sabe? Depois voltou ao normal.

Voltou ao normal depois do parto?

Não.

Ficou assim na gravidez? Ficou quantos meses assim?

Ficou do primeiro até o terceiro mês, até o fim do terceiro mês, eu ainda tava assim, depois melhorou. Mas, mesmo assim, pra mim era um tipo de nervoso que eu não me controlava, ficava desmaiando à toa, depois passou. Com seis mês eu senti a dor e aí tive ela. Eu não pensava de ser assim não. Eu pensava de ter ela com nove mês, mas fazer o quê?!

E como é que tem sido para você participar do Método Mãe Canguru?

Ah, até agora não tenho o que falar, eu tô gostando. O tratamento aqui é ótimo, não tenho o que dizer, eu tô aqui pro que der e vier. Mas eu tenho pra mim que, não vou demorar muito aqui não. Tá dependendo dela.

Ela tá ganhando peso?

Tá ganhando, tava com 1200g, ganhando, tá ganhando.

Ela tá mamando no peito?

Ela suga, mas, suga pouquinho.

A sucção tá pouca...

É, aí fica mais na seringa.

Tá com a sondinha?

Não, só com a seringa, duas em duas horas de dia, à noite de três em três horas. E ela fica assim toda pequenininha, eu fico até com mau jeito pra pegar, pra dar banho, vixe, é um sufoco!!

Fale-me mais desse sufoco.

Ela muito pequenininha, cabe na palma da minha mão, fico com medo de escapular. Aí pronto, malmente eu molho o rosto, passo a mão na cabeça e tiro de dentro da água. Eu acostumada a pegar nenê grande, ela pequenininha, aí eu fico com medo.

Acostumada a pegar nenê grande...

É eu trabalhava muito, sempre cuidei de menino, e aí agora fui pegar ela pequenininha. Ave, um dia lá no berçário, quando eu fui ver ela pela primeira vez, faltou perna. Minhas pernas começou a tremer (risos), eu sentei logo na cadeira e pedi a enfermeira pra tomar ela de mim. Eu não agüentei não..., muito pequenininha.

E quando as pernas começaram a tremer você disse que não agüentou...

Porque a enfermeira colocou ela na minha mão, aí eu falei com ela, não aguentava não. Ela era muito pequena, eu pedi a ela pra tirar, fiquei com medo. Aí ela pegou e colocou ela na incubadeira de novo. Porque eu não tinha pegado ainda do dia que nasceu. Aí quando, depois de quinze dias, a enfermeira colocou ela na minha mão, pediu pra eu segurar, pra consertar o lençol do berço, aí eu fiquei com medo, comecei a tremer, aí eu sentei na cadeira e pedi pra ela pegar ela da minha mão, aí ela pegou. Fiquei com medo, vixe, ela toda molinha...

Emocionada você tá, né?

Eu to, tô demais, não esperava isso tudo não.

Isso tudo...quando você fala isso tudo...

Eu esperava ela nos nove mês, mas ela veio nos seis mês(risos, lágrimas nos olhos). Ah, eu passei muita coisa com ela.

Muita coisa...

Eu chorava aqui o tempo todo, quando ela tava no berçário. Eu só sosseguei, quando ela veio pra aqui e depois que ela saiu do balão de oxigênio. Aí eu me asosseguei mais um pouco.

Você já tem trinta e dois dias e ela oito dias que veio pra cá...

Eu não tô importando com o tempo não. O tempo que fôr pra eu ficar aqui, eu fico, eu não me importo, não. O importante é que ela saia daqui com saúde e eu possa cuidar dela em casa. Sair daqui, pra depois voltar. Tem horas que eu paro pra pensar, e me angustia muito, mas eu não ligo mais pra nada. Pra dizer a verdade eu não ligo mais, nem pro marido direito.

Uhmm!! Ele vem aqui?

Vem. Ele tá sempre vindo aqui. É tanto que ele já comentou que depois que eu tive ela, eu mudei. Ô, fazer o quê? Mas, eu falo pra ele que agora a quem tenho que me dedicar, é a minha filha, não é ele não.

Você falou que ele disse que mudou...

Ah, que eu mudei com ele, que eu não sou mais a mesma pessoa, depois que eu tive ela. Aí eu falei que tenho que me dedicar a ela, não é a ele não.

Depoente nº 3

Dados pessoais: P.T., 23 anos, cor negra, reside em Feira de Santana.

Dados socioeconômicos: 1º grau completo, estudante, vive em união estável com companheiro há um ano e um mês.

Dados gineco-obstétricos: Primigesta, primípara, realizou quatro consultas de pré-natal, até a 22ª semana de gestação. Informa gravidez planejada e desejada, ocorrido PSAC por DHEG.

Dados hospitalares: 1 mês e 3 dias de hospitalização, 20 dias na Unidade Canguru, 9 dias de Inserção na 2ª etapa do MMC.

Como é que está sendo pra você ser mãe dessa menina?

Um sonho, porque ela foi planejada, entendeu? Aí, um sonho pra mim ter minha filha nos meus braços. (bebê estava nos braços)

Fale-me mais sobre este sonho.

Eu sempre sonhava em ter um bebê, né. Aí depois que eu tive uma família, que eu tive meu marido, aí a gente planejou ter ela. E aí eu fiquei grávida, e aí pronto, meu sonho. Quando eu cheguei aqui, o médico disse que podia salvar a minha vida, mas a dela, não, entendeu? Aí eu fiquei muito triste com isso. Mas, Deus foi tão bom, que salvou as duas vidas, a minha e a dela. Aí quando eu ouvi o choro dela, aí foi tudo pra mim. E agora que eu tenho minha filha nos meus braços é a maior felicidade.

Aí, você me disse assim, que, quando ouviu o choro dela, foi tudo para você...

É, porque eu falei assim, minha filha tá viva. Porque eu entrei na sala de parto, já sabendo que ela não ia sobreviver, e quando eu ouvi o chorinho dela... (silêncio, lágrimas nos olhos).

Tá emocionada, não é? (lágrimas nos olhos).**Como é que ta sendo pra você participar do Método Mãe Canguru?**

Tá sendo bom, porque é pra ela né? Pra ela pegar peso, porque eu sei que, tudo isso que a gente tá passando, é pra ela sair daqui melhor, né? Então tá sendo bom, Tem dificuldades tem horas, mas, eu entendo. Sei que eu quero ir logo embora, fica aquela ansiedade, mas eu sei que é para o bem dela. Então eu tenho que ficar, aqui com ela.

Você me disse que tem horas de dificuldades, fale-me mais sobre isso...

Porque, não, só aconteceu assim, eu fico estressada, porque eu tenho leite, mas não tenho leite suficiente. Porque às vezes, as pessoas falam assim: “tem leite suficiente!” Mas eu acho que ela mama e fica ainda, não fica satisfeita, entendeu? Então eu achava que deveria acrescentar mais o leite pra ela, na seringa. E teve umas pessoas que concordou e outras não, entendeu? Então eu

fiquei revoltada, me exaltei aqui e tudo, pronto. Mas, depois, tudo normalizou, né? Aí entenderam e passaram a dar seringa pra ela, aí eu fiquei mais satisfeita. Porque eu queria ter leite suficiente pra me dar pra ela. E aí pronto, tá tudo bem.

E aí quando você fala assim, tudo normalizou...

Porque agora ela tá tomando leite, ela tá mamando na seringa, ela tá ganhando peso.

Ela tá mamando no peito e completando com a seringa.

Que era isso que eu queria, entendeu? Porque eu tenho leite, mas, não é, não tem o suficiente. E às vezes, não tem. Tinha gente que entendia, tinha outros que não. Aí sei, lá, eu fiquei chateada com isso.

E quando você fala assim que tinha gente que entendia e outros não...

Porque falavam assim: “oh, mãe, você tem sim, tem sim! Como se eu tivesse e tava recusando de dar a minha filha, imagine...que eu ia fazer isso, ter leite e não querer dá pra ela?! Se ela precisa, não é? Então pronto. E aí perguntaram: “em casa, se você levar ela pra casa, e você não tiver leite suficiente? Aí, com certeza, eu vou comprar um leite pra ela, porque eu não vou deixar ela morrer de fome, mas, entende, comprar um leite que eu sei que ela possa tomar, não um leite que possa prejudicar ela. Então entenderam e passaram o leite pra ela, e aí ela tá tomando. Aí sim, eu fiquei satisfeita, porque tudo que acontece com minha filha, que machuca ela, tá me machucando também. Pode ser o que for, eu quero que faça comigo, com ela, não. Porque eu sou mãe, eu entendo, entendeu? Antes não.

Quando você fala assim, hoje eu sou mãe, eu entendo?

Porque antes eu podia até fazer com outras pessoas, né? E hoje eu sinto. Eu não quero que faça com ela. Eu não vou fazer com ninguém, pra não fazer com ela, antes eu não sabia. Se eu machuquei alguém, magoei, é porque eu não saia, não tinha experiência, entendeu? E hoje eu tenho, entendeu? Não é mãe?! (dicionando questionamento à criança)

Depoente nº 4

Dados pessoais: V. O. J., 35 anos, cor branca, reside em Valente.

Dados socioeconômicos: 2º grau incompleto, multi-operadora de calçados, vive em união estável com companheiro há seis anos.

Dados gineco-obstétricos: Primigesta, primípara, realizou sete consultas de pré-natal, até a 32ª semana de gestação. Informa gravidez planejada e desejada, ocorrido PSAC por DHEG.

Dados hospitalares: 22 dias de hospitalização, 15 dias na Unidade Canguru, 3 dias de Inserção na 2ª etapa do MMC.

Então Vitória, como é para você ser mãe deste bebê que nasceu prematura?

Pra mim é uma benção porque é prematura, mas eu to vendo que ela vai recuperar né? E assim vai, quero que ela cresça saudável e me dê muitas alegria.

Fale-me mais sobre essas alegrias...

Sendo uma pessoa obediente, sadia, alegre (silêncio)

E ela nasceu prematura, fale-me mais sobre essa experiência dela ter nascido prematura...

É por causa que eu tinha pressão alta, aí teve que, aí não podia esperar para completar os nove meses, aí teve que tirar antes, com oito meses, vinte e duas semanas, não é isso? Foi por causa disso, só por isso.

E como está sendo tudo isso para você?

Pra mim foi um pouco difícil, mas porque eu não to na minha cidade, to longe do meu povo, mas eu to passando, ela ta recuperando bem, e pedir a Deus para chegar o fim.

Você me disse que está sendo difícil, fale-me mais um pouco sobre esse difícil...

É isso, porque a gente fica aqui, não é que a gente fique só, porque têm muitos amigos e muitas pessoas boas, mas eu acho que numa hora dessa o apoio da família seria melhor, não, é? Então é por isso que eu digo que está sendo difícil.

É você é de Valente... e a família está vindo te visitar?

Vem, amanhã mesmo, minha irmã tá vindo.

E o companheiro?

Ele só vem mais final de semana, nos domingos ou sábados, ele pode vir.

E como está se sentindo?

Uma saudade!!!! É demais, é ruim, porque eu nunca passei, nunca sair, é a primeira vez, né, vinte e cinco dias fora de casa, é muito difícil, a saudade cada dia que passa, ela bate mais, é muito difícil (voz embargada com lágrimas nos olhos).

Está emocionada?(lágrimas nos olhos)

Acho que qualquer pessoa em meu lugar, passando o que eu estou passando, se emocionaria.

Pode chorar, estou aqui... segurando a sua mão

Choro forte, silêncio...

Podemos retomar?

Sinal afirmativo pela expressão facial

Fale-me sobre o que você está passando?

Assim não é que eu esteja passando alguma dificuldade, só assim, a dificuldade que eu to passando é só é a saudade do pessoal de casa, dos parentes, da família, é só isso, e é ruim, se a gente pudesse ter alguém da família que pudesse cuidar da gente, ficar com a gente seria melhor. Mas apesar que tem outras pessoas boas aqui.

E como está sendo para você participar do Método Mãe Canguru?

Bom, é bom porque aqui tem muitas pessoas que ajudam a gente, colabora, orienta, dar o apoio que a gente necessita, aí tá sendo bom. As pessoas, como é que diz, os voluntários daqui, as pessoas que trabalham aqui né, ajudam muito a gente, são muito eficiente, dá atenção direitinha do que agente necessita, os cuidados.

E esses cuidados...

Os cuidados que eu falo são esses, que é quando a gente precisa de alguma coisa, quando a gente vê a criança sentindo alguma coisa que a gente não entende, a gente pergunta, eles orientam, falam.

E você está amamentando?

Não tô tendo leite suficiente. Ela ta mamando no peito e complementando na seringa, o leite é muito pouco.

Como está sendo isso para você?

Muito bom não. Eu vejo que com meu leite, eu acho que a recuperação dela seria melhor, ou mais rápido. E o quê a médica me passou, é que com o leite de outras pessoas, aí como é que diz, o peso dela vai chegando mais lento, com o da mãe própria seria mais rápido, ela voltaria para casa mais cedo, né? Mas tem que esperar ela chegar o peso dela e ver se Deus me ajuda e o meu leite chega também.

Ela está pesando quanto?

Com 1525g.

Já pesou hoje?

Não, ainda não.

Fale-me sobre o momento de pesar...

Ah, é cada dia é uma sensação. Tenho medo de ter diminuído o peso, de ter perdido algumas gramas, quando pesa que aumenta, aí é melhor né, meu medo é que bote na balança e o peso seja menos do que o antepassado.É um momento de emoção, de espera...

Depoente nº 5

Dados pessoais: A. S. B., 18 anos, cor negra, reside em Itaberaba.

Dados socioeconômicos: 1º grau incompleto, estudante, vive em união estável com companheiro há três anos.

Dados gineco-obstétricos: Primigesta, primípara, realizou quatro consultas de pré-natal, até a 32ª semana de gestação. Informa gravidez planejada e desejada, ocorrido PSAC, admitida em situação de eclampsia.

Dados hospitalares: 12 dias de hospitalização, 9 dias na Unidade Canguru, 3 dias de Inserção na 2ª etapa do MMC.

Silêncio...

Como que você se sente sendo mãe de Vitória que nasceu prematura?

Me sinto bem, né?

Fale-me um pouco mais sobre esse bem...

Porque é a primeira filha que eu tenho, mas eu sei que eu achei ruim porque ela nasceu com oito mês, né. Ah sei lá, eu tã com medo até hoje. Assim, porque sempre, até hoje, as pessoas falam que com oito mês é difícil escapar, é por isso.

E você tá com medo, as pessoas falam...

Aqui no hospital, ninguém falou não, mas na minha rua falam. Ela nasceu com 1500g, ela tá com peso muito pouco e to esperando o peso dela aumentar, com fé em Deus aumenta, né? E ela tá melhor, tá ganhando peso aos pouquinhos.

Ela ta mamando no peito? E a sucção dela está boa?

Ta mamando, ta boa.

Você me falou que foi ruim ela ter nascido prematura...

Não, é porque eu nunca imaginava, nunca esperava eu tá aqui, porque eu mesmo não sei porque eu estou aqui, eu não lembro de nada. Eu não vi a hora que eu saí de casa, eu não vi nada.

Quando você viu já tinha parido ela?

É e eu só fui lembrar das coisas no sábado.

E como tem sido para você participar do Método Mãe Canguru?

Aqui é bom, né? Eu tô bem aqui, meus parentes já telefonaram, eu já disse que eu tô bem, que eu tô indo para casa essa semana com fé em Deus. Toda noite eu rezo e peço a Deus que a minha filha. Porquê eu tô aqui até hoje por causa dela, até hoje, então eu tenho que sair com minha filha boa e salva.

E a família vem aqui?

Eles moram muito longe, não podem estar vindo todo dia.

Você me disse que é bom participar do MMC, fale-me mais...

Porque aqui eu trato de minha fia por aqui mesmo, e eu chorei muito lá, aonde eu tava, lá no berçário. Ficar vendo furarem minha fia de gulha, minha fia gritava, e eu começava a gritar e era aquele momento desesperado, eu vê ela gritando sem poder pegar minha fia, sem poder dá mão a ela na hora que ela quer. Isso eu achei muito ruim lá. Agora aqui eu achei ótimo, né? E eu gostei daqui, e tô aqui até quando minha fia chegue o peso. Eu pego ela na hora que eu quero né, dorme comigo, dou peito. A moça ia botar hoje a bolsa em mim.

Não colocou na posição canguru?

Como assim?

Na bolsa... Não por causa dos pontos, o curativo que tava abrindo um pouquinho.

Depoente nº 6

Dados pessoais: R.S.G., 20 anos, cor parda, reside em Feira de Santana.

Dados socioeconômicos: 1º grau completo, estudante, vive em união estável com companheiro há dois anos.

Dados gineco-obstétricos: Primigesta, primípara, realizou cinco consultas de pré-natal, até a 28ª semana de gestação. Informa gravidez não planejada e desejada, ocorrido PSNV.

Dados hospitalares: 15 dias de hospitalização, 10 dias na Unidade Canguru, 3 dias de Inserção na 2ª etapa do MMC.

Renata, como é para você ser mãe deste bebê prematuro?

Ah, tá sendo uma sensação boa, assim sabe? Muito bom, é o primeiro, não tã sabendo assim cuidar direito, botar no peito, a primeira vez que eu coloquei ela no sol, hoje, eu botei bem mais e aí ela ficou toda vermelhinha. Fico assim toda nervosa quando ela começa a chorar, eu fico toda nervosa, oh meu Deus, por que ela tá chorando? Boto ela no peito e ela chora, aí eu pergunto as enfermeiras, disse que é normal. Mas é uma sensação boa de ser mãe.

Fale-me mais sobre esse bom...

Não sei explicar, só sei que é uma sensação gostosa, de ser mãe. Eu não planejei agora, ter ela,mas aconteceu, fiquei assim chocada no começo, né? Porque eu era nova, não queria, não sabia cuidar dela, primeira vez. Minha mãe não sabia, quando soube ficou assim triste porque eu era nova, mas quando ela nasceu foi uma sensação boa, maravilhosa.

E ela nasceu prematura, como foi isso para você?

Ah, fiquei um pouquinho triste porque eu não queria que ela viesse assim, agora, só nos nove, né? Mas aconteceu, Deus quis assim, ela veio, Deus ajude que ela cresça com saúde, né? Pronto, cuidar dela, dar carinho, amor.

Ela ta ganhando peso?

Ta com 1360g, tá mamando no peito direitinho,ta só no peito, um dia ganha, outro dia perde...assim

E como você se sente?

Ah, fico triste, vontade de ir para casa, já tem quinze dias que estou aqui, doida pra ir pra casa. É bom aqui, porque todo mundo atende as pessoas, todo mundo é legal, gostei aqui das pacientes, de todo mundo, atende direitinho, mas, a casa da gente é melhor.

A casa da gente é melhor...

É eu falo assim, porque a gente dorme à vontade, é aquela coisa, acorda a hora que quiser, faz o que bem quiser né? Aqui não, imagine que você passar um dia no hospital já é ruim, imagine quinze dias...Eu tô aqui toda nervosa, eu não choro porque tenho pedido forças à Jeová, ter paciência e Ele vai me dar forças.

E par você como é que tem sido participar do Método Mãe Canguru?

Ah, gostei. Da primeira vez, eu fiquei toda nervosa, pensando que ela ia me levar para outro lugar, porque ela falou assim, pra colocar o bebê para esquentar, eu pensei que fosse assim numa sala quente, aí ela colocou ela e eu fiquei aqui em pé esperando(risos). Aí ela falou, não Renata, é assim mesmo, aqui. Aí eu gostei, é uma sensação gostosa assim quando coloca ela, gostei, todo mundo trata bem, conversa com a pessoa, quando a pessoa tá triste elas conversam, outra hora vem aqui perguntar se está precisando de alguma coisa, gostei do atendimento daqui. Porque o povo sempre fala daqui, ah, o hospital da mulher é ruim as enfermeiras tudo ruim, os médicos tudo ruim, mas... eu ia ter ela em outro lugar, mas aconteceu deu vir pra aqui, aí eu vim. Todo mundo falava, oh Renata, não queira ter ela no Hospital da Mulher, porque lá é ruim, todo mundo lá é ruim, só que eu não achei, até agora eu não tenho o que falar do Hospital da Mulher.

Você me disse que ficou parada quando colocaram ela a primeira vez na posição canguru...

É eu fiquei surpresa, porque ela não me explicou direito. Ela falou assim, oh Renata, você vai tomar café, vai dar um bainhinho nela e depois vai colocar ela no canguru, só falou isso, mandou eu tirar a roupinha dela, colocou ela. Aí eu fiquei pensando assim: êta meu Deus, será onde é? Ficar com ela assim, é uma sensação tão boa! Fiquei assim pensando. Aí fiquei com ela aqui em pé, depois me sentei, aí, depois ela me falou que era pra eu ficar aqui assim com ela, botava de manhã, meio dia e de noite, aí pronto, eu to gostando de ta assim com ela, uma sensação tão boa que dá vontade de chorar...porque no dia que eu tive ela, não botaram ela assim, em cima de mim, como coloca, tiraram ela logo de mim, aí eu fiquei, passei quatro dias sem ver ela né, porque ela tava no berçário, não podia pegar, aí quando eu peguei ela foi uma sensação tão boa que eu até chorei, fiquei emocionada.

O abraço do momento do nascimento está acontecendo agora...

É bom, mas no momento eu sinto falta da minha família, porque minha família não é daqui, é de Tucano. O pai dela viaja, e eu fico aqui sozinha. Mas, é bom assim mesmo.

E a família vem lhe ver?

Vem só uma prima minha, porque ela ta morando comigo aqui agora. Porque eu tava morando sozinha, porque ele sempre viaja, aí eu fico só, bate uma saudade! Deixo na mão de Deus.

E o pessoal já ligou?

Já, falei com minha mãe e com minhas irmãs por telefone, aí pronto, é ter paciência, só espero que eu cuide dela igual minha mãe cuidou de mim. Porque é a primeira assim, a pessoa não sabe e tem aquela coisa, só espero que eu consiga.

E você acha que sua mãe cuidou bem de você?

Acho que sim, porque assim do jeito que ela me falou, minha mãe falou que o mesmo peso que ela teve, foi o peso que eu tive, bem pequenininha, aí minha mãe falou a história de mim: que eu fui prematura, fiquei dois meses no berçário, perdi peso, um dia ganhava, aí quando eu falei a minha irmã que ela nasceu de sete meses, minha falou que ela foi igual a mãe. Aí pronto.

Só que você não teve o MMC...

Ah, é, não teve não... isso não tive. Tem que ter o maior cuidado com ela, qualquer coisa ela fica gripada, tem que ficar vestidinha, embrulhadinha, não sair no vento, na poeira, ter paciência...

Depoente nº 7

Dados pessoais: R.S.O., 22 anos, cor negra, reside em Cabaceiras do Paraguassu.

Dados socioeconômicos: analfabeta, trabalhadora rural, vive em união estável com companheiro há cinco anos.

Dados gineco-obstétricos: Tercigesta, tercípara, 2 filhos no domicílio (1º- 4 anos; 2º-

1 ano) não realizou pré-natal. Informa gravidez não planejada e desejada, ocorrido PSNV com 32 semanas.

Dados hospitalares: 15 dias de hospitalização, 10 dias na Unidade Canguru, 3

Então eu pergunto para você Meire, como é que está sendo ser mãe deste bebê prematuro?

Tá sendo mais difícil porque dos outros eu não tive o trabalho que eu tenho dele. De guentar tanto tempo, ficar tanto tempo assim, já tem quinze dias que eu to aqui, dos outros assim que eu tinha no outro dia, ou com dois ou três dias nós ia embora. E com ele ta tendo esse negócio, tanto tempo de ficar no hospital, levou pro berçário, voltou, veio pro canguru, pra ver se daqui agora tem alta pra ir pra casa. Eu quero ter alta daqui pra domingo porque meu esposo ta doido, doido. Ele ainda não viu a criança.

Você é de Cabaceiras de Paraguassu...

É, muito longe, e é difícil arranjar carro pra vim pra cá, veia. Pra eu vim pra cá, não sei que milagre foi esse arranjaram ambulância dia de domingo.

Já falou com alguém da família?

Não, não veio ninguém, falo pelo telefone.

Você me falou que está sendo difícil, fale-me um pouco mais sobre esse difícil...

Então ,eu tenho dois filhos em casa e tô doida pra ir pra beira deles. Tô doida que libere logo ele, que ele chegue logo ao peso normal. Que aqui eu só to pra chegar o peso dele, sabe? Que pra eu poder ir para casa. Tô preocupada com as minhas roças, não sei como é que ta, se tem gente cuidando, se não tem, meu marido trabalha fora, quer dizer trabalha na roça, também, mas não é todo dia e toda hora, que ele também tem o serviço de entrega da prefeitura. Não suporto ficar em hospital, nunca fiquei num hospital na minha vida...

Quem fica com as crianças?

Minha mãe, que leva pra roça dela, volta e traz meio-dia e desce de tarde, todo dia assim. E eu não quero ocupar ela pra depois nego ficar dizendo: ah, tu foi boa, mas eu cuidei dos teus filhos quando tu tava internada com o outro, eu não quero isso, não suporto ninguém falando de mim. (lágrimas nos olhos).

Emocinada?

Tô com saudade, silêncio...

Choro forte

Chore, eu aguardo, estou aqui...segurando sua mão

Jailson ta ganhando peso?

Tá, tá mamando no peito, graças a Deus. As enfermeira mandaram dar hora no peito, hora na seringa, mas, na seringa ele não pega, só pega no peito. Também o povo disse que no peito chega mais peso, não passar da hora de dar comida, da mamada dele no horário certo, hora de botar no canguru, na hora de tirar. Aí eu tô fazendo todas dieta que elas tão mandando.

E como é que tem sido para você participar do Método Mãe Canguru?

Como assim você fala? Se eu tô achando legal? Se eu tô gostando?

Como é que ta sendo para você participar do MMC?

Eu tô gostando, tô adorando, o jeito daqui das pessoas me tratar, me trata muito bem, cuida muito bem de eu e do meu filho. Só que o meu sentimento todo é em casa, é a primeira vez que eu vim pra aqui, eu nunca tinha conhecido essa cidade.

Você pariu os outros onde?

O primeiro eu tive no hospital em São Félix, e a segunda eu tive em casa, silêncio...

Como está se sentindo?

Tô sentindo saudade dos meus parentes dos meus filhos, só.

Colocou já na posição canguru?

Já. Eu tava ali dizendo que quando eu chegar em casa que o médico der alta, eu vou fazer o mesmo, porque eu achei lindo, queria até tirar uma foto dele aqui no canguru...

Telefone da unidade tocou para ela, era a sua mãe e marido, chorou muito durante o telefonema.