

Universidade de Brasília  
Faculdade de Educação

**Mães de bebês de risco:sentimentos, concepções e aprendizagens  
no contexto de redes de apoio e de relações sociais significativas**

Adriana Maria Arantes Leme da Silva

Brasília, 2008

Adriana Maria Arantes Leme da Silva

**Mães de bebês de risco: sentimentos, concepções e aprendizagens  
no contexto de redes de apoio e de relações sociais significativas**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação da Faculdade de Educação da  
Universidade de Brasília como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre em Educação  
na área de Aprendizagem e Trabalho Pedagógico.

Orientadora Profa. Dra. Maria Carmen Vilela Rosa Tacca

Outubro, 2008

Adriana Maria Arantes Leme da Silva

**Mães de bebês de risco: sentimentos, concepções e aprendizagens no  
contexto de redes de apoio e de relações sociais significativas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da  
Universidade de Brasília, sob a avaliação da Comissão Examinadora constituída por:

Profa. Dra. Maria Carmen Villela Rosa Tacca

Faculdade de Educação, Universidade de Brasília

Orientadora

Profa. Dra. Luciana Mara Monti Fonseca

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Examinadora

Profa. Dra. Elizabeth Tunes

Faculdade de Educação, Universidade de Brasília

Examinadora

Profa. Dra. Albertina Mitjás Martínez

Faculdade de Educação, Universidade de Brasília

Suplente

**Ao meu querido pai,  
com muito amor e saudade  
dedico esse trabalho,  
pois sei que ele  
mais que ninguém  
tem muito orgulho e alegria  
onde quer que esteja,  
por essa caminhada até aqui.  
Como ele sempre dizia  
com seu infinito carisma e positivismo,  
de um legítimo educador e ser humano:  
“À luta, companheiros!”**

## **Agradecimentos**

À meus queridos pais, responsáveis primeiros por essa minha trajetória de vida.

À meu querido esposo Sérgio pela força e ajuda em tantos momentos. À minha querida filha Anaí, pela compreensão e colaboração quando era preciso. Agradeço sobretudo o imenso amor dos dois, dando tanto sentido e alegria em minha vida.

À toda a minha família, minha mãe, irmãos, cunhados, sobrinhos, avós, tios, primos e sogros, que riram e choraram junto comigo, me dando força, mesmo de longe, para que eu não desistisse dessa caminhada, mesmo atravessando um dos momentos mais difíceis da minha vida, que foi a perda de meu pai, no dia 4 de fevereiro de 2007, depois de ter vivido, amado e lutado intensamente a cada dia de sua vida.

À ele especialmente mais uma vez, por sempre ter acreditado em mim e me dado tantas oportunidades. Sempre ter me incentivado em tudo, principalmente nos estudos, não porque achava-o um dever, uma forma de status ou de “ganhar a vida”, mas porque sua imensa sensibilidade e sabedoria permitia-lhe ver em cada pessoa, seus interesses, muito mais que as dificuldades. Agradeço seu exemplo de vida, de gostar da vida e das pessoas e de lutar não só por elas, mas com elas.

À Dra. Rosana Tristão, Dr. Renato Lourenço Lima e Mônica Lima Lemos, equipe de profissionais do Ambulatório de Desenvolvimento da Pediatria do Hospital Universitário de Brasília – HUB, que me convidaram a colaborar nas intervenções às mães e seus bebês de risco participantes do programa.

À Dra Vera Lúcia Bezerra, por ter acreditado no trabalho que realizamos no hall do Ambulatório e ao Dr. Dioclécio Campos Júnior, que passou a acreditar na colaboração à Pediatria de Enfermaria do HUB.

À todas as pessoas do Ambulatório e da Maternidade da Pediatria do HUB, professores, profissionais, funcionários, alunos, mães e crianças, que me acolheram de uma forma sem igual e que são as sementes desse trabalho.

À todos os amigos que acreditaram na possibilidade de meu ingresso no curso de mestrado, em especial o querido amigo Bianor Barra Júnior.

Às professoras Albertina Mitjás, Beth Tunes, Carmen Tacca, e Maria Helena Carneiro, que me deram oportunidade de participar no campo da pesquisa em educação e no mundo de seus pensamentos, reflexões, leituras, críticas, produções e conhecimentos, enriquecendo não apenas nossos projetos, mas a nós próprios, como pessoas e profissionais.

À professora Maria Carmen Tacca, por aceitar ser minha orientadora; pela coragem de orientar um projeto ligado a um ambiente ainda pouco explorado pela área da educação, o hospitalar. Agradeço pela experiência, conhecimentos e esforços partilhados. Por estar me ajudando no aprendizado da labuta científica.

Aos colegas do curso, pelas trocas realizadas, de forças, conhecimentos e afetos.

Ao pessoal da Secretaria de Pós Graduação da Faculdade de Educação e ao Coordenador do Programa Prof. Dr. Gilberto Lacerda pela atenção em todos os momentos.

Às mães que participaram da pesquisa e da minha vida.

Aos professores doutores que aceitaram partilhar da construção desse trabalho e desse conhecimento, Profa. Albertina Mitjás, Profa. Elisabeth Tunes, Profa. Maria Carmen Tacca, Prof. Fernando González Rey e Profa. Luciana Mara Monti Fonseca.

A todos que fazem parte da minha vida, e por esta, um especial agradecimento...

À Deus.

Muito obrigado por tudo!

“(...) Não há ignorante que não saiba uma infinidade de coisas,  
e é sobre esse saber,  
sobre essa capacidade em ato  
que todo ensino deve se fundar.  
Instruir pode, portanto,  
significar duas coisas absolutamente opostas:  
confirmar uma incapacidade pelo  
próprio ato que pretende reduzi-la ou,  
inversamente,  
forçar uma capacidade que se ignora  
ou se denega a se reconhecer  
e a desenvolver todas as conseqüências desse reconhecimento. (...)”

Jaques Rancière, maio de 2002,  
em “O mestre ignorante”

## Índice

Resumo .....	10
Abstract .....	11
1. INTRODUÇÃO .....	12
1.1. A construção do problema de pesquisa .....	12
1.2. Critérios para considerar o bebê de risco: a ênfase biológica versus a necessidade de compreender outros fatores associados ao desenvolvimento desses bebês .....	16
1.3. Concepções de desenvolvimento e aprendizagem e o caráter sócio-histórico-cultural desses processos .....	22
1.4. Características individuais, sentimentos, significados e expectativas diante do bebê de risco e das redes de apoio .....	29
1.5. As constantes aprendizagens das mães e o papel das relações sociais: pensando em contribuições para a intervenção .....	42
2. OBJETIVOS DA PESQUISA .....	47
2.1. Objetivo geral .....	47
2.2. Objetivos específicos .....	47
3. METODOLOGIA .....	48
3.1. Algumas questões metodológicas .....	48
3.2. Cenário da pesquisa .....	48
3.3. As participantes do estudo .....	51

3.4. Procedimentos .....	52
3.4.1. Observação de situações interativas .....	52
3.4.2. Conversação .....	52
3.4.3. Entrevistas .....	54
3.4.4. Encontro de discussão temática .....	55
3.4.5. Identificação e exploração de conteúdos expressivos a partir de fotos .....	56
4. CONSTRUÇÃO INTERPRETATIVA DAS INFORMAÇÕES .....	57
4.1. Características pessoais, aspectos da história e das condições de vida das participantes da pesquisa .....	57
4.2. A gravidez idealizada e os primeiros vínculos afetivos .....	67
4.3. O impacto da chegada do filho prematuro e as redes de apoio: turbilhão de sentimentos e significados .....	78
4.4. Com o bebê nos braços: processos de aprendizagem e o papel das relações sociais ...	89
4.5. Concepções e expectativas das mães quanto ao desenvolvimento dos filhos e do seu papel nesse processo .....	115
4.6. Os processos singulares de constituição materna das participantes e os espaços de convívio .....	129
4.7. Discussão final .....	137
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	144
6. ANEXOS .....	151

6.1. Anexo 1 - Entrevista Inicial .....	151
6.2. Anexo 2 – Entrevista após a alta hospitalar .....	154
6.3. Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	155
6.4. Anexo 4 – Fotos produzidas pelas participantes .....	156
6.4.1. Anexo 4.1 .....	156
6.4.2. Anexo 4.2. ....	156
6.4.3. Anexo 4.3. ....	157
6.4.4. Anexo 4.4. ....	157
6.4.5. Anexo 4.5. ....	158
6.4.6. Anexo 4.6. ....	159
6.5. Anexo 5 – Termo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos.....	160

## **Resumo**

O presente estudo pretendeu compreender como mães de bebês de risco sentiam e se constituíam em seu papel materno diante do desenvolvimento dos seus filhos, além de aspectos relacionados a isso, como suas concepções, expectativas, apoios formais e informais recebidos; a forma como aprendiam; como davam sentido às experiências vividas; refletindo sobre possibilidades de intervenção educativa. Nesse sentido, foram investigadas cinco histórias de vida de mães de bebês de risco, seus contextos sociais e subjetivos. Para tanto, utilizamos uma abordagem qualitativa, procurando desenvolver um processo construtivo interpretativo de produção do conhecimento. Utilizamos dois princípios gerais da epistemologia qualitativa: a relação e a comunicação constante com as colaboradoras do estudo em seus espaços de convívio (hospitalar e o familiar). Como procedimentos para facilitar a expressão, construção de idéias e sentimentos foram realizadas conversações e observações diretas do contexto relacional das mesmas, além de duas entrevistas semi-estruturadas, um encontro de grupo e fotos das mães relacionadas ao período pré e pós-natal. As informações revelaram que cada caso estudado mostrou uma dinâmica particular de constituição materna em função da própria complexidade da vida concreta e simbólica das participantes, apesar de mostrarem também a presença de mecanismos comuns de superação de dificuldades e promoção de desenvolvimento humano, quais sejam, as relações sociais e aprendizagens constantes, sobretudo a partir de espaços de convivência no alojamento conjunto da maternidade do hospital, que mostraram ser de grande importância tanto para as mães, na constituição positiva de sua maternidade, como para a equipe multiprofissional, como estratégia de intervenção sócio-educativa.

**Palavras-chave:** Mães de bebês de risco; intervenção educativa; relações sociais; aprendizagens; desenvolvimento; espaços de convívio; hospital.

## **Abstract**

The present study intended to understand how high risk babies' mothers felt and were constituted in their mother role before the development of their children, besides aspects related to it, such as their conceptions, expectations, formal and informal support received, the way they learnt, how they gave sense to the experiences lived, reflecting about possibilities of educative intervention. Thus, five stories of risk babies' mothers' lives were investigated, together with their social and subjective contexts. For that, we have used a qualitative approach, trying to develop a constructive interpretative process of knowledge production. We have used two general principles of qualitative epistemology: the relationship, and the constant communication with the study collaborators in their living spaces (hospital and family). As procedures to facilitate the expression and construction of ideas and feelings, conversations and direct observations of their relationships context were carried out, besides two semi-structured interviews, a group meeting, and photos of the mothers on the pre- and post-natal periods. The information revealed that each case studied showed a particular dynamics of maternal constitution regarding the concrete and symbolic complexity of the participants' life itself, although they also showed the presence of common mechanisms to overcome difficulties and promote human development, that is, social relationships and constant learning, mostly from living spaces in the joint lodging of the hospital maternity, that proved to be of great importance to the mothers for the positive constitution of their maternity, and to the multi-professional team, as a socio-educative intervention strategic.

**Key-words:** risk babies' mothers; educative intervention; social relationships; learning; development; living spaces; hospital.

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. A construção do problema de pesquisa**

No ano de 2005, uma equipe de profissionais, tomados por uma visão de desenvolvimento que admitia a importância das relações parentais, do vínculo afetivo entre mães e bebê e do brincar na sua promoção, buscou ampliar o atendimento que prestavam no Ambulatório de Desenvolvimento do Hospital Universitário de Brasília a bebês considerados com chances de apresentarem problemas no desenvolvimento, por isso chamados bebês de risco. Por um lado, percebiam casos em que parecia haver dificuldades nas interações entre as mães com seus bebês, mas por outro, era difícil avaliá-las naquela forma tradicional de atendimento clínico ambulatorial. O próprio “ambiente de consulta” poderia mascarar ou até deturpar, preocupava-se a equipe, as informações que se necessitava construir acerca das possibilidades ou entraves de desenvolvimento da criança que ali estava, apesar da relação empática e dialógica, normalmente estabelecida com os pais, muitos já acompanhados desde a maternidade, em períodos pré, durante e após os nascimentos. Isso porque a consulta nem sempre propiciava momentos efetivos em que se pudesse observar, além dos relatos das mães, comportamentos interativos dessas com seus bebês, que não fossem direcionados pela situação artificial de atendimento. Nesse sentido, pensando na elaboração de um espaço que propiciasse não apenas humanização no atendimento, mas que contribuísse para observações, avaliações e intervenções da equipe, ressaltando o papel do brincar entre mãe e bebê nos processos de desenvolvimento, planejaram organizar no hall de espera do ambulatório uma brinquedoteca. Para tal, fui convidada a participar.

Não houve problemas na primeira parte do desafio: organizar uma pequena brinquedoteca no hall de espera do Ambulatório da Pediatria. Foi grande a adesão por parte de funcionários, pais e equipes multiprofissionais. A nova organização no ambiente ampliou as possibilidades de relações entre as pessoas, inclusive das mães com seus bebês, e o momento que era antes considerado “apenas de espera”, também tomou novos rumos quanto ao seu significado. Isso pareceu ter implicações no sentido de facilitar e motivar a troca de informações entre as mães.

Ao participar desse programa de atendimento a mães de bebês considerados de risco, perguntei-me inicialmente, porque eram consideradas essas crianças, de risco? Que critérios eram utilizados para enquadrá-las como tal? Existiriam repercussões em considerá-los dessa forma, nas representações das mães e envolvimento com seus bebês? Não seria também um risco, considerá-los de risco? Eram considerados os riscos do ambiente no qual a criança estaria inserida? Seria possível conhecê-los e considerá-los nas avaliações? Considerava-se a complexidade de fatores envolvidos no desenvolvimento? Qual o risco de não a considerarem?

Além destas, surgiram questões ainda mais intrigantes e merecedoras de atenção imediata, pois se relacionavam a uma outra parte da proposta, a meu ver preocupante: a necessidade de “ensinar as mães a brincar”. O poder atribuído a quem deveria ensinar (ou seja, um profissional supostamente detentor de determinados conhecimentos ou técnicas específicas) assim como à incapacidade atribuída àquelas que deveriam aprender (as mães), pareciam implicações de uma compreensão restrita acerca desses sujeitos e dos processos de aprendizagem e desenvolvimento humano, portanto, merecedora de atenção. Afinal, muito mais que saberem ou não brincar com seus filhos, por que algumas mães pareciam se relacionar com eles de forma diferente ou indiferente, como apontava a equipe? Que fatores estariam ligados aos comportamentos da mãe com a criança? Suas experiências, concepções e expectativas com relação a seus filhos, considerados ao nascerem, diferentes de um padrão esperado e a de si próprias, exerceriam papel nesse processo? Quais outros fatores estariam envolvidos?

Nesse contexto, passei a pensar que apenas mergulhando em boas propostas de estimulação precoce, como as apresentadas por Levy (1982; 1985) e pelo Departamento de estimulação precoce do GDF (1995), oferecendo-as às mães que freqüentavam o programa, poderia haver lacunas e continuidade de problemas relacionados ao envolvimento das mães no desenvolvimento de seus filhos.

De fato, enquanto alguns trabalhos como o de Pakula e Palmer (1997) e Frônio (1998) discutiam a efetividade da estimulação precoce, quando o foco era apenas o trabalho junto à criança, outros (Williams, 1983; Kolobe, 1991; Levitt, 2001; Formiga, 2003) já enfatizavam a necessidade de se apostar numa perspectiva que incluía marcadamente os pais no processo de estimulação o mais cedo possível, compreendendo ao mesmo tempo,

fatores que relacionados aos mesmos, teriam implicância no próprio desenvolvimento. Ramey e Ramey (1998) afirmavam ser necessária a realização de pesquisas para constatar os fatores que pudessem garantir o sucesso de programas de intervenção, sugerindo que os mesmos deveriam ter um caráter educativo, onde a família exerceria um papel ativo. Mas qual seria a especificidade desse caráter educativo?

Brazelton (1992; 1995) sugere um tipo de atuação profissional, que considera ser significativa na medida em que colabore para que a mãe, pai ou cuidador acredite na sua capacidade de conhecer e estimular o bebê a partir de sua relação com ele. Nesse sentido, nos propusemos a pesquisar, dentre outros, os sentimentos que algumas mães tinham acerca dessa capacidade para estimular seus filhos, do papel que atribuíam a si neste processo, na medida em que estas poderiam encaminhar tipos diferentes de envolvimento no mesmo.

Tínhamos a idéia de que concepções naturalistas e/ou “medicalizadas” de desenvolvimento, em que este é concebido como sendo predeterminado e reduzido a características biológicas, que em caso de diferenças, precisam ser curadas, agregado a representações sociais da diferença como limitação e não como possibilidade, podiam ter implicação na própria auto-estima positiva das mães no que se referia a sua competência para cuidar e estimular seu bebê. Isso, por sua vez, como uma via de mão dupla, poderia interferir nas formas como eram estabelecidas as relações parentais e conseqüentemente, nas de desenvolvimento da criança. Então nos perguntamos: será que, mais precisamente, tais concepções e representações poderiam dificultar interações significativas com a criança, que permitissem às mães aprender sobre seus ritmos, necessidades, preferências, reações - enfim, sobre sua pessoa - respondendo às mesmas? E como seria por outro lado, esse processo de interação e aprendizagem das mães com os bebês?

Alguns trabalhos na área (Kaplan e Mason, 1960; Klaus e Kenel, 1992; Linhares, 2001; Oliveira, 2001; Souza e Pires, 2003) indicavam que em situações de nascimento em que a criança apresentava certas características como prematuridade e baixo peso, o que fazia com que ela fosse considerada de risco, o sentimento de capacidade da mãe em exercer seu papel, parecia sofrer alterações, merecendo atenção. A partir disso, nossa principal hipótese era a de que havia mães que não “percebiam” ou não “utilizavam” seu próprio potencial criativo para trabalhar os processos de desenvolvimento de seus filhos, sentindo-se incapazes de proporcionar os cuidados e estímulos necessários, sobretudo

quando os bebês nasciam com alguma diferença do padrão considerado normal. Dentre outras, poderiam não considerar significativa ou determinante sua relação com o bebê e demais interações sociais, podendo atribuir essa competência ou eficiência a procedimentos técnicos, médico-hospitalares, medicamentosos, terapêuticos, ligados aos diagnósticos, a técnicos e técnicas de estimulação.

Nesse sentido, o presente projeto de pesquisa pretendeu contribuir inicialmente na compreensão de aspectos relacionados na maneira como mães de bebês de risco sentiam sua capacidade materna. No entanto, durante o processo da pesquisa, percebermos que esse sentimento relacionava-se a uma série de outros processos, que implicados entre si de forma complexa e fluida, participavam de constituições singulares de maternidade, que envolviam não apenas a maneira como sentiam e pensavam diante da experiência vivida e das concepções que tinham, mas da forma como tudo isso estava implicado e sofria implicância de processos de aprendizagem, ligados à própria relação com os bebês, com outras pessoas de seu convívio social e com estratégias educativas da equipe multiprofissional. Optamos por nos lançar no desafio de tentar compreender processos singulares de constituição materna, considerando aspectos de seu contexto sócio-histórico-cultural, na tentativa de construir informações que pudessem nos aproximar da compreensão do objeto de estudo em seu caráter multidimensional, processual e dinâmico. Procuramos ainda construir pistas, a partir de estudos sobre desenvolvimento humano e da própria pesquisa, que indicassem possibilidades de reflexão sobre o enriquecimento de programas na área da saúde e educação, voltados para o desenvolvimento de bebês considerados de risco.

As informações construídas podem contribuir para entender a complexidade que envolve tanto o desenvolvimento dessas crianças como das próprias mães envolvidas nessa experiência, e o papel “dos outros” (redes de apoio formal e informal) nesses processos, considerando que ao lado das inúmeras pesquisas presentes na área e infinidade de publicações a respeito dessas crianças (Nunes, 1995; Pakula e Palmer, 1997; Braz, 1999; Rodrigues, 2003; Linhares, 2003), aparecem igualmente muitas incongruências, sugerindo que há lacunas, sobretudo na compreensão de aspectos sociais e subjetivos ligados aos problemas no estabelecimento de vínculos e relações satisfatórias para a estimulação do desenvolvimento.

## **1.2. Critérios para considerar o bebê como de risco: a ênfase biológica versus a necessidade de compreender outros fatores associados ao desenvolvimento desses bebês**

Os dois critérios principais utilizados para considerar um bebê como de risco, são a prematuridade e o baixo peso, por acreditar-se que a imaturidade dos órgãos e sistemas destas crianças faz com que elas tenham maior tendência a apresentar seqüelas e comprometimentos como problemas de conduta, visão, audição, problemas relacionados ao desenvolvimento intelectual e neurológico (Leone e Tronchim, 1996). Linhares e cols (2001), admitem que crianças pré-termo e com peso abaixo de 1500g tendem a apresentar significativamente problemas de deficiência mental e deficiências sensoriais, por exemplo do tipo auditivo, que requerem intervenções educacionais especiais. Para esses autores, crianças com essas duas características, apresentam um risco 7 a 10 vezes maior para desenvolver problemas de paralisia cerebral, surdez, ou deficiência mental em relação a crianças nascidas a termo com peso acima de 2500g ao nascimento.

Yunes e Symanski (2001) e Martins (2001), no entanto, consideram que um mesmo evento pode ser fator de risco ou proteção, dependendo: da situação em que está inserido; do sentido que o indivíduo atribui a sua experiência e como atua diante dele. Ademais, como aponta Wunes (1995), os fatores de risco considerados isoladamente podem não possuir validade preditiva. O conceito de risco é probabilístico, isto é, a presença de determinado fator, aumenta a chance de uma criança vir a apresentar determinados problemas, mas não estabelece totalmente o prognóstico. Para Pakula e Palmer (1997), nenhum fator único ou grupo de variáveis do desenvolvimento são suficientemente preditivos para assegurar que os bebês terão atrasos. Tudella, 1989; Brandão, 1992 e Fontes, 1994, afirmam que os fatores de risco são variáveis estabelecidas.

A definição de critérios objetivos para indicação do risco pode ser, portanto, arbitrária, e pode contribuir para perpetuação de compreensões e práticas reducionistas ligadas ao desenvolvimento, precisando a nosso ver, ser cuidadosamente revista e/ou utilizada se pretendemos contribuir no processo de resistência ao modelo biomédico de saúde ainda dominante. Nesses modelos, em que os fatores biológicos são vistos como mais

relevantes na determinação da saúde, doença e desenvolvimento dos indivíduos, desconsidera-se comumente suas peculiaridades psicossociais e subjetivas, onde pode estar justamente algumas pistas para elaboração de zonas de sentido ou campos de inteligibilidade (González Rey, 2002, 2005) que contribuam para entendimento e intervenção, nesse caso, em práticas estimuladoras do desenvolvimento.

Analisando a produção na área, parece que o caminho histórico preponderante foi aquele que perpassa uma concepção naturalista de desenvolvimento, onde distúrbios percebidos teriam relação direta com características biológicas do indivíduo. O próprio termo “bebê de risco” sugere que os problemas percebidos no curso do desenvolvimento desses bebês estão marcadamente no próprio organismo, apesar de haver trabalhos, inclusive com bastante profundidade teórica, como os de Brazelton (1992; 1994), chamando atenção para a interação de fatores internos e externos nesses processos, relacionando, por exemplo, aos primeiros, características do próprio bebê e, aos segundos, da própria mãe, como seu processo de subjetivação da situação vivida e sua capacidade de aprender sobre o bebê e responder a ele, num processo contínuo e mútuo.

Não é certamente uma questão apenas de nomenclatura, como se poderia argumentar, pois ao olharmos cuidadosamente também para os critérios utilizados na identificação dos riscos para o desenvolvimento, percebemos, mais uma vez, o destaque aos fatores biológicos, ficando as questões sociais e subjetivas ainda em segundo plano. Esse fato tem levado os próprios pesquisadores a sugerirem a urgência de estudos que considerem outros aspectos muito relevantes nessa consideração do risco.

O reduzido número de trabalhos dessa natureza, sugere não apenas a necessidade dos mesmos, mas pode estar relacionado com: dificuldade na consideração a outro paradigma de desenvolvimento; dificuldade em operacionalizar estratégias que dêem conta de abarcar a complexidade que envolve o desenvolvimento.

O trabalho de Linhares, Carvalho, Bordin, Chimello, Martinez e Jorge (2005), faz parte de uma perspectiva que procura afastar-se da explicação biologicista. Para os autores, os problemas encontrados no desenvolvimento de crianças com baixo peso e prematuridade são, sobretudo, de comportamento e emocionais, relacionados à dificuldade de implementação de práticas educativas de interação social devido, por exemplo, à super proteção dos pais. Para os autores, crianças consideradas de risco apresentam grandes

chances de desenvolver problemas de aprendizagem, chamando a atenção para a prática de cuidados da família, pois esta pode não ser eficiente no sentido de preparar a criança para o enfrentamento das demandas do meio e desafios das diferentes tarefas evolutivas, como de interação social com seus pares ou realização escolar. A família é colocada como uma fonte fundamental para entender o desenvolvimento humano, por ser um dos primeiros contextos sociais dos indivíduos. Portanto, “Identificar os valores e as crenças dos genitores sobre a educação de filhos constitui um dos passos essenciais para a compreensão do processo de socialização da criança (...). Os valores e as crenças parentais constituem o principal ponto de contato entre a cultura social mais ampla e a cultura pessoal e exercem influências nas práticas dos genitores dirigidas às crianças” (Dessen e Braz, 2005, p. 140).

Rodrigues (2002) apesar de apontar que 65% dos bebês encaminhados para o programa de acompanhamento do desenvolvimento que desenvolve em Bauru, eram prematuros ou com baixo peso, afirmou que outros critérios foram considerados para caracterização de bebês de risco, como malformação, ocorrência de contaminação materna e filhos de mães adolescentes. Mesmo enfatizando aspectos biológicos na determinação dos riscos ao desenvolvimento, faz referência a uma questão social, a das mães adolescentes, em que os riscos são relacionados a fatores de ordem social (dependendo do contexto social, admite que podem estar envolvidas em uma série de problemas como violência sexual; gravidez indesejada; baixa renda; desestrutura familiar; uso de drogas; entre outros) e psicológica, referida como insegurança na capacidade de cuidar dos filhos, questão que para o autor, merece atenção, não havendo estudos neste sentido.

Klein (1996) enfatiza que a intervenção no desenvolvimento e aprendizagem constitui-se como variável importante para ativar potencialidades ou minimizar efeitos adversos da vulnerabilidade biológica da criança pré-termo ou extremo baixo peso. Em seus estudos envolvendo crianças nascidas com estas características, considerou que, provavelmente, naquelas com bom desenvolvimento atuaram processos mediadores e mecanismos de proteção advindos do contexto psicossocial, como familiar e educacional, ativando seus recursos e potenciais. Dessa forma, o autor indica que as crianças possuem recursos e potenciais que necessitam ser impulsionados pelo meio social. No entanto, parece compreender os aspectos sociais apenas como protetores e não como sendo responsáveis pelo próprio desenvolvimento.

Antunha (1994) e Brazelton (1994), chamam a atenção para que além dos parâmetros de idade gestacional e peso de nascimento, devem ser levadas em conta outras condições que definem mais precisamente o nível de comprometimento neonatal a fim de melhor apreciar o prognóstico de desenvolvimento. Brazelton (1994) salienta que o melhor índice prognóstico dessas crianças de alto risco converge mais para o padrão de interação mãe-bebê do que para o desenvolvimento do bebê em si, considerando que o risco torna-se mais expressivo quando se leva em conta o contexto ambiental da criança. A qualidade da interação mãe-bebê, que para esse autor se traduz na capacidade de sincronização entre esses dois elementos, parece ser em grande parte, influenciada por variáveis maternas e surge como um fator importante no desenvolvimento e bem-estar posterior da criança (Hagekull e Bohlim, 1986; Chatoor, Egan, Getson e Menville, 1988; Figueiredo, 2001; citados em Oliveira, 2001).

Linhares (2003) encontrou resultados positivos na avaliação do desenvolvimento de crianças nascidas com baixo peso e prematuridade, durante o primeiro ano de vida e que participavam no estudo com acompanhamento longitudinal no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - HCFMRP-USP. A autora relacionou três aspectos aos seus achados, todos eles envolvendo a mãe: suas expectativas positivas quanto ao filho; seu envolvimento no atendimento e acompanhamento psicológico constante dado a ela e ao bebê desde a internação, pela mesma psicóloga, atuando segundo a autora como suporte psicossocial estável e, portanto, fortalecedor do vínculo.

A autora sugere que o programa que é desenvolvido junto às mães desde sua internação, pode ter contribuído para o bom desenvolvimento percebido nas crianças que participaram de seu estudo. Considerou os efeitos positivos da presença tanto de recursos do ambiente (intervenção psicossocial e suporte social) como da própria mãe (expectativas positivas e envolvimento), não excluindo a possibilidade de relação entre ambos, ou seja, entre fatores subjetivos e sociais, sugerindo a existência de mútuas implicações entre os mesmos, de forma que ao focar uma dimensão permeamos a outra e vice-versa.

Essas mães participantes do estudo de Linhares (2003) apresentavam características sociais de baixa renda e escolaridade, apontadas por diversos estudos como fatores que, associados aos fatores biológicos aumentariam a probabilidade de ocorrência de déficits,

fato que não se verificou neste estudo. Tomando esse exemplo, podemos considerar que o fator econômico, marcadamente considerado como uma questão de risco para o desenvolvimento, apesar de constituir uma tentativa de consideração a aspectos não biológicos, também não se mostra, ou pelo menos neste caso, como uma questão determinante de riscos, e nos leva mais uma vez a olhar mais cuidadosamente para as questões que interferem no ambiente relacional, mais particularmente entre a mãe e seu bebê.

Apesar de a concepção naturalista de desenvolvimento parecer ter feito emergir uma infinidade de trabalhos empíricos que focalizam descobrir causas de distúrbios de toda ordem, incluindo os intelectuais e de comportamento, ligados diretamente às características biológicas do bebê, os trabalhos citados anteriormente são exemplos de estudos que indicam a necessidade de buscar-se outros critérios para considerar um bebê como de risco. Essas tentativas passam a desviar o olhar exclusivo para o indivíduo e sua imaturidade orgânica, para tentar perceber as pessoas que estão à sua volta, ou seja, para o papel do(s) outro(s) no desenvolvimento, onde aparece enfaticamente o papel da mãe nesse processo.

Castro e Piccinini (2002), em seus estudos sobre doenças crônicas na infância, colocam que a família pode servir como moderadora dos efeitos negativos da doença, promovendo para a criança um ambiente facilitador para o seu desenvolvimento em atividades sociais. Para esses autores, torna-se necessário que os profissionais transcendam os aspectos médicos, pois sem uma visão abrangente das relações da criança com as figuras significativas que a cercam, o êxito do tratamento pode ficar comprometido. Essa consideração sugere questões já apontadas até aqui, referentes a: forte consideração à dimensão biomédica dos problemas em detrimento a uma visão abrangente que perpassa a compreensão de fatores ligados às relações sociais que envolvem a criança em desenvolvimento; e ainda à implicação desse tipo de perspectiva a uma intervenção que de fato contribua de forma positiva para os indivíduos que dele participam. Como afirma Leitch (1990), quando a interação é inadequada, a criança tem maiores riscos de apresentar dificuldades no desenvolvimento.

Apesar da compreensão de que o desenvolvimento futuro da criança encontra-se não apenas associado à saúde neonatal do bebê, mas a características maternas, variáveis do ambiente familiar e programas de intervenção precoce (Linhares, 2003), precisamos

caminhar na compreensão de mecanismos envolvidos nesses fatores e suas relações entre si e no fato de estarem inseridos numa complexa trama social, que envolve percepções e significações construídas socialmente pelos sujeitos, desvelando, portanto, singularidades ligadas aos processos de desenvolvimento. Ao continuarmos buscando regularidades, padrões e técnicas na compreensão e intervenção relacionada ao desenvolvimento do bebê considerado de risco, poderemos não só nos afastar ainda mais de compreendê-lo, mas também os protagonistas comumente mais propícios para promover o desenvolvimento: os próprios pais. A compreensão de como eles se percebem nesse processo e como atuam diante dele, ou seja, conhecer a forma como se constituem como mães e pais, pode contribuir não apenas a intervenções, mas no entendimento do complexo quebra-cabeça de fatores implicados nas primeiras relações sociais dos indivíduos, na gênese de seu desenvolvimento. As informações construídas ao longo da pesquisa forneceram indicadores sobre processos de aprendizagem e desenvolvimento dos próprios pais em situação de nascimento de um bebê prematuro. Há indícios de que essa constituição materna está em constante transformação a partir das relações nos espaços de convívio, onde acontece compartilhamento de atitudes, crenças, valores e concepções.

### **1.3. Concepções de desenvolvimento e aprendizagem e seu caráter sócio-histórico-cultural**

No início do século vinte, autores como Durkheim e Mauss, recusaram a interpretação dos processos básicos da mente como evolução natural, apontando sua origem na sociedade, influenciando psicólogos franceses como Pierre Janet e Levy-Bruhl, que foi o primeiro a apontar os processos lógicos como produtos do desenvolvimento histórico.

A psicologia soviética alinhando-se com o pensamento de Marx e Lênin, não apenas recusou a concepção de consciência como propriedade intrínseca da vida mental, mas a idéia de que os processos mentais dependem das formas ativas de vida tornou-se seu princípio básico ( Lúria, 1990).

Ao tratar das raízes históricas da psicologia moderna, através do levantamento de diferentes concepções científicas sobre o desenvolvimento humano, Tunes (2002) identifica duas maneiras contemporâneas antagônicas de conceber o desenvolvimento infantil cada qual ligada à base filosófica na qual se assenta: uma marcada pela concepção naturalista e outra sócio-histórico-cultural.

De maneira geral, na primeira concepção, a realidade é reduzida à natureza (p.141), onde, portanto, considera-se o desenvolvimento humano determinado previamente desde o nascimento por características biológicas ou naturais da espécie, evoluindo linearmente em etapas hierarquicamente seqüenciadas; apresentando-se de forma uniforme e universal, passível portanto, a predições. Para Tunes (2002, p.161), “surge, então, o conceito de patologia do desenvolvimento, que se coloca em oposição àquilo que seria a norma, ao padrão normalmente esperado”.

A psicologia ocidental, de acordo com Brito (2005), sob bases naturalistas, manteve-se como uma psicologia hegemônica, ainda influenciando fortemente a vida das pessoas de todas as idades, funcionando, por exemplo, para predizer a capacidade de aprender e desenvolver das crianças.

Tunes (2002) acredita que nossos próprios atendimentos a gestantes e bebês demonstram a presença dessas concepções naturalistas. Cita o exemplo da amamentação. Apesar de nós a defendemos como um ato natural, saudável e importante para o desenvolvimento e apesar de muitas mães possuírem essas informações, não amamentam e

as justificativas ligam-se a questões como o trabalho e estética. O fato de a amamentação materna não acontecer, mesmo tendo raízes biológicas (está presente nos mamíferos), demonstra para a autora que muitas ações humanas não são mais biologicamente determinadas ou naturais, mas condicionadas historicamente e culturalmente, perpassando redes de significação que precisam ser conhecidas se queremos incentivar tais ações.

A perspectiva sócio-histórica que tem em Vigotski seu principal representante, não desconsidera a implicância de fatores biológicos no desenvolvimento, mas estes não são determinantes no mesmo. O homem constitui-se pelo o que é herdado fisicamente, mas sua humanidade é criada pela experiência social, num complexo processo de desenvolvimento da ordem puramente biológica para a ordem da cultura. Como cita Brito (2005), ao apresentar alguns pressupostos de Vigotski, “algumas regularidades podem ser encontradas, devido a semelhanças das práticas sociais e históricas de educação numa determinada cultura. As variações, no entanto, não podem, de nenhum modo, ser consideradas patológicas. Seus pressupostos opõem-se radicalmente à concepção de homem exclusivamente natural” (p.48), o que o fez criticar profundamente os estudos que apontavam o desenvolvimento das funções psicológicas superiores sob uma perspectiva puramente biológica, à margem do meio social e cultural da criança.

Para Vigotski (1983)<sup>1</sup>, a peculiaridade fundamental do desenvolvimento infantil estava no entrelaçamento entre os processos de desenvolvimento cultural e biológico, entre processos evolutivos e involutivos, entre fatores externos e internos, constituindo-se um complexo processo de superação de dificuldades e de adaptação.

As idéias de Vigotski vão contra uma visão puramente quantitativa do desenvolvimento infantil, à noção de defeito como uma limitação puramente quantitativa, defendendo por outro lado, uma ciência que possa observar, analisar, descrever qualitativamente o fenômeno que envolve o defeito. A criança com defeito em sua perspectiva, terá um desenvolvimento qualitativamente distinto e não menor ou de falta comparado à criança normal. Considera que os processos de desenvolvimento infantil apresentam uma enorme diversidade de formas, uma quantidade ilimitada de tipos diferentes.

---

<sup>1</sup> Os trabalhos originais de Vigotski foram escritos na segunda e terceira décadas do século passado. Portanto, as citações de suas obras, aqui apresentadas, referem-se a edições traduzidas e publicadas a pelo menos 50 anos após sua morte.

Vigotski (1997), defendeu que o estudo da criança deficiente não podia limitar-se a determinar o nível de gravidade da insuficiência, mas deveria considerar os processos compensatórios, a reação do organismo e da personalidade da criança ao defeito, pois, para ele, o defeito se converte em “ponto de partida e força motriz do desenvolvimento psíquico da personalidade (...); junto com o defeito orgânico estão dadas as forças, as tendências a superá-las ou nivelá-las” (p.15). Essas tendências que para ele são a base de formas de desenvolvimento criativas, advertiu, não foram consideradas pela psicologia, sugerindo a necessidade de buscar-se a compreensão do “mundo de formas e vias novas de desenvolvimento, ilimitadamente diversas que se abre frente o defeito” (p.16).

A ação do defeito para Vigotski (1997) resulta sempre secundária, através de uma desviação social na qual se reestruturam todos os vínculos com as pessoas, o lugar no meio social, o papel e destino como partícipe da vida. As causas orgânicas não atuam por si mesmas, mas de forma indireta. Assim, “todo herdado e orgânico deve ser interpretado psicologicamente para que seja possível ter em conta seu verdadeiro papel no desenvolvimento da criança” (p.18).

O que determina o destino da pessoa, em última instância, para Vigotski (1997) não é o defeito em si mesmo, mas suas conseqüências sociais, sua realização psicossocial. O grau do defeito e de sua normalidade depende do resultado da compensação social, da formação final de sua personalidade. Em seu trabalho acerca da deficiência visual, alerta para o fato de que a cegueira não é a própria deficiência, mas sim o isolamento social que ela pode acarretar.

Vigotski (1997) também criticou a visão da psicologia ocidental acerca do desenvolvimento sob uma perspectiva biológica, como dissemos, que o associa a características ligadas diretamente ao defeito orgânico ou enfermidade. Para ele, considerando a personalidade como um todo, em sua interação com o ambiente, a “psicopatologia inata” das crianças desaparece, tamanha a importância dos fatores sociais e psicológicos.

O autor levanta a idéia de que nas crianças anormais se vê apenas a enfermidade, defendendo por isso, o abandono de uma “pedagogia hospitalar-medicamentosa” na busca de uma “pedagogia criativamente positiva”, através de uma educação social (p.35-37). Aponta que o defeito é considerado uma carência, um dano, uma insuficiência que limita e

restringe o desenvolvimento da criança, o qual se caracteriza antes de tudo pelo ângulo da perda. Sendo uma insuficiência atua como tal, criando prejuízos, obstáculos, dificuldades na adaptação da criança, mas por outro lado, o fato de criar obstáculos e alterar o equilíbrio normal, serve também de estímulos para o desenvolvimento de caminhos alternativos que tendem a compensar a insuficiência. Por isso, defende a necessidade de que se tenha em conta não só as características negativas da criança, não apenas seus aspectos desfavoráveis, mas a personalidade como um todo, ou seja, a pessoa.

Podemos pensar que o olhar de Vigotski sobre as deficiências é inovador por conceber o déficit ou o defeito como uma fonte de manifestação de habilidades. Ele assume uma concepção de desenvolvimento como um processo que afeta os indivíduos em todas as suas dimensões, e não apenas nas biológicas. Essa idéia tem implicações importantes, por exemplo, no campo educativo ou terapêutico na medida em que nessa perspectiva, o ser humano em desenvolvimento deve ser considerado em todas as dimensões envolvidas nesse processo.

O desenvolvimento cultural seria a esfera fundamental donde resulta possível a compensação da insuficiência, visto que a mesma se dá, sobretudo, segundo Vigotski, nas funções psicológicas superiores, que são constituídas no meio social, não dependendo da insuficiência orgânica. O autor desenvolve a premissa da coletividade como fator de desenvolvimento da criança anormal, chamando atenção que esta deve crescer, desenvolver-se e educar-se seguindo os interesses, inclinações e leis comuns da infância.

Na criança em desenvolvimento, as relações sociais e as primeiras exposições a um sistema lingüístico (de significado especial) determinam as formas de sua atividade mental. Todos esses fatores ambientais são decisivos para o desenvolvimento histórico-cultural da consciência. Novos motivos para a ação aparecem sob a forma de padrões extremamente complexos de práticas sociais. A partir do nascimento, as crianças vivem num mundo de coisas e de produtos históricos do trabalho social. Elas aprendem a comunicar-se com os outros a sua volta e desenvolvem relações com objetos através da ajuda de adultos. As crianças assimilam a linguagem – um produto do desenvolvimento sócio-histórico - e usam-na para analisar, generalizar e codificar suas experiências. Elas nomeiam objetos, usando expressões estabelecidas anteriormente na história, enquadrando esses objetos em categorias e adquirindo conhecimentos. A história social estabeleceu um sistema de

linguagem e os códigos lógicos que permitem ao homem saltar do sensorial ao racional. Sob a influência da linguagem dos adultos, a criança distingue e estabelece objetivos para seu comportamento, ela repensa as relações entre os objetos; ela imagina novas formas de relação criança-adulto; reavalia o comportamento dos outros e depois o seu; desenvolve novas respostas emocionais e categorias afetivas, as quais tornam, através da linguagem, emoções generalizadas e traços de caráter. Todo esse processo complexo, intimamente relacionado com a incorporação da linguagem na vida mental da criança, resulta em uma reorganização radical do pensamento, que possibilita reflexão da realidade e o próprio processo da atividade humana (Lúria, 1990).

Vigotski (2000) chamou a atenção para o fato de que a aprendizagem da criança inicia-se desde os primeiros dias de vida, em que durante as primeiras formas de contato social, as mensagens são estabelecidas por meio de gritos, olhares, o que identifica como a base da comunicação, o que mais tarde acontecerá por meio da palavra, considerada a função central das relações sociais e do comportamento cultural. Considerou que o contato social relativamente complexo e rico da criança leva a um desenvolvimento precoce dos meios de comunicação; as risadas, o balbucio, os gestos e os movimentos são meios de contato social a partir dos primeiros meses de vida da criança. Dessa forma, o desenvolvimento do pensamento e da linguagem depende da experiência sócio-cultural da criança, não se constituindo como formas naturais e inatas de comportamento, ou seja, não podem ter vida autônoma, mas desenvolvem-se nas relações sociais.

Pino (2005), ao discutir o conceito de cultura, cita autores como Parsons, para o qual, apesar de considerar que não há consenso na definição de cultura, destaca três aspectos fundamentais da mesma: ser transmitida, pois ela constitui uma herança ou tradição social; ser aprendida, pois não é manifestação da constituição genética do homem; ser compartilhada, pois é um fenômeno social. A perspectiva histórico-cultural, dialética, enfatiza o fato de a cultura ser obra humana (portanto portadora de significação) ao mesmo tempo em que é ela responsável pela própria especificidade humana. Em outras palavras, Pino (2005) coloca que “o que há de humano é obra dele” (p.20).

Essa tese aponta para a inegável participação do outro nos processos de desenvolvimento e aprendizagem, e mais particularmente dos pais nos seus primórdios.

Ao tratar especificamente do desenvolvimento da linguagem oral, Vigotski (1983) explica que as reações vocais do bebê, que se repetem em determinadas situações vão transformando-se com grande rapidez já nas primeiras semanas de sua vida em reações sociais, vão diferenciando-se a ponto de acontecerem em casos específicos como quando vê a mãe ou o responsável por sua alimentação. O autor atesta que o desenvolvimento nos primeiros anos de vida da criança acontece da seguinte forma: de um grande número de movimentos desordenados, entre os quais se encontra a reação vocal, se destaca cada vez mais a reação que começa precisamente a adquirir um significado central.

Vigotski (1983) também cita os trabalhos de Charlotte Buhler (1886), que conseguiu observar a reação vocal de bebês quando alguém colocava a mesma bata que as mães usavam habitualmente para amamentá-los. Dessa forma, Vigotski comenta que a reação vocal, assim como outras, estão ligadas a determinadas impressões externas, mas considera que de início, é generalizada, instintiva, desordenada, incondicionada, revelando estados do organismo como dor e fome, sendo sua função, nesse momento, emocional, no sentido de mostrar externamente os estados emocionais do organismo, seus desequilíbrios com o meio.

A segunda função da reação vocal aparece, para Vigotski, quando esta se converte em reflexo condicionado: é a função de contato social. O autor identifica já no primeiro mês de vida do bebê, esse reflexo que seria educado ou condicionado como resposta a reação vocal das pessoas de seu entorno. Apesar dessas reações vocais não serem consideradas a linguagem propriamente dita, Vigotski acredita que a voz da criança se converte no instrumento que substitui a linguagem em suas formas mais elementares, ou seja, são as primeiras formas de linguagem que se manifestam independentemente do pensamento. Vigotski também chamou essas duas funções descritas de pré-história da linguagem, que têm para ele uma clara base fisiológica.

As primeiras aprendizagens de palavras acontecem como um reflexo condicionado. A criança pequena adquire as palavras ensinadas pelas pessoas que a cerca, de maneira passiva. Em certo momento, por volta de um ano e meio ou dois anos, o pensamento e a linguagem se encontram, a criança passa a perguntar o nome das coisas, buscando as palavras que desconhece, ampliando ativamente seu vocabulário a saltos, assimilando a relação entre palavra e objeto.

Em seu processo complexo de desenvolvimento, a criança assimila as formas sociais de conduta e as transfere a si mesma. Aquilo que era externo ou social passa a ser interno, exercendo uma função psíquica. Dessa forma, toda função no desenvolvimento cultural da criança admite a necessária participação do outro, que pode ser representado fundamentalmente pela mãe, nos momentos de gênese dos processos de aprendizagem e desenvolvimento da criança. Daí a extrema relevância de estudos e intervenções que envolvam a compreensão de fatores ligados às formas como se darão os processos relacionais entre mãe-bebê.

Vigotski, Lúria e Leontiev (1988), ao tratarem da relação entre aprendizagem e desenvolvimento, garantem que estes dois processos estão ligados entre si desde os primeiros dias de vida da criança, destacando que a característica essencial da aprendizagem, no âmbito das inter-relações com outros, é a ativação de todo um grupo de processos de desenvolvimento que não poderiam desenvolver-se por si mesmos. Vêm a aprendizagem como processo social, fonte de desenvolvimento potencial dos indivíduos.

As teorias da aprendizagem por sua vez, também são permeadas por concepções naturalistas, como discutimos inicialmente, considerando o indivíduo isolado nesse processo, entregue a suas capacidades herdadas. Porém, como admitem Tunes, Mitjans Martín e Tacca (2005), os processos de desenvolvimento e aprendizagem humanos são essencialmente sociais, em que o outro constitui um importante elemento na definição das características desses processos.

A compreensão de que o desenvolvimento está ainda a acontecer na trilha de vida de qualquer bebê a partir de sua inserção na cultura, e da inegável influência do outro, marcadamente da mãe nesse processo, demanda novos direcionamentos na pesquisa e intervenção, olhando não tanto para a busca de determinismos de fatores isolados que vão constituir o indivíduo, mas para esse próprio indivíduo em constituição. O mesmo para as mães que estão, no momento de sua maternidade, em constante processo de desenvolvimento e aprendizagem, no qual perpassa aspectos ainda pouco compreendidos nas suas complexas implicâncias, como seus sentimentos, concepções e aprendizagens diante das relações sociais que mantém em sua história de vida e contextos nos quais participam.

#### **1.4. Características individuais, sentimentos, significados e expectativas diante do bebê de risco e das redes de apoio sociais**

Para Klaus e Kennel (1992), o bebê prematuro gera um impacto na representação de um bebê sadio e normal. Em decorrência disso, a mãe pode experimentar diversos tipos de emoções, como: preocupação com a vida do bebê; ansiedade persistente que indicam sentimento de culpa; ressentimento por não desempenhar seu papel de mãe de cuidar de seu bebê, pois teme machucá-lo, levando a sentir impotente e dependente de pessoas mais habilitadas. Para Brazelton (1992), no entanto, os sentimentos que as mães apresentam, inclusive os ligados a sua competência materna, não são formadas apenas após o nascimento. Propõe uma compreensão em que esse imaginário da mãe vem sendo construído desde suas relações com os próprios pais. Ao dedicar-se profundamente sobre o estudo do estabelecimento de vínculos entre mãe-bebê, observa que estes vínculos tornam-se frágeis quando o bebê nasce diferente daquele que foi esperado, devido uma série de sentimentos e emoções que dificultam as relações de apego e afeto. As considerações do autor tornam-se extremamente importantes para se perceber que o estado psicológico da mãe, ligado a imagem que ela tem do seu bebê mesmo antes de nascer, assim como suas expectativas, desejos, representações, vão ter impacto na maneira como as relações serão estabelecidas. Podemos dizer que Brazelton não apenas admite a importância da presença da mãe junto ao bebê, mas de se atentar para a qualidade dessa relação.

O impacto do nascimento de um bebê diferente, acredita Brazelton, pode trazer dificuldades no processo de desenvolvimento do apego e relação parental satisfatória com o bebê, por um lado devido a características da própria mãe, como o sofrimento pela perda do bebê idealizado; por outro, devido a características do próprio bebê, às quais a mãe, mais uma vez, atribui significados pessoais. O fato de um bebê não responder às tentativas de comunicação dos pais (que pode ser devido a fatores externos como medicamentos, muitos ruídos na unidade neonatal, ou mesmo por diferenças perceptivas ou hipersensibilidade), dentro do esperado, dificulta a própria construção de uma auto-estima positiva, ligada a um sentimento de incompetência materna ou paterna, por sua vez, desencadeadora de relações menos significativas para promoção do desenvolvimento. Seria neste caso uma implicação

indireta da diferença do bebê em seu processo de desenvolvimento, que perpassa as relações humanas, marcadas por significações.

Dessa forma, Brazelton (1992) encaminha uma compreensão diferenciada daquela em que os problemas de desenvolvimento estariam diretamente relacionados às características do bebê em si, mas ganha relevância a capacidade da mãe em percebê-las e responder a elas de uma forma positiva, ou seja, na capacidade de se envolver com aquele ser singular na sua totalidade e possibilidades que mais que constituídas, vão se constituindo nessas relações.

A confiança que a mãe sente na sua capacidade para conhecer e corresponder às necessidades do bebê é apontada na literatura como variável mediadora do comportamento materno e, conseqüentemente, como mediadora da qualidade da relação mãe-criança (Broussard, 1980; Teti e Gelfand, 1991; Saneroff, 1993; Figueiredo, 2001; Oliveira, 2001).

A percepção de competência materna pode ser definida como diretamente ligada à capacidade sentida pela mãe em ler e responder, de forma minimamente adequada, às necessidades especiais da criança; sendo que esta percepção de competência está bastante relacionada com a prestação de cuidados ao bebê, segundo Souza e Pires (2003).

Como veremos a seguir, estudos envolvendo crianças com baixo peso e/ou prematuridade; deficiências; doenças crônicas e gravidez na adolescência indicam que nessas circunstâncias, que como vimos, são consideradas de risco para o desenvolvimento, as mães podem perceber-se incapaz para cuidar dos filhos. Para nós, esta é uma questão de extrema relevância a ser pesquisada e considerada nas intervenções, pois sob uma perspectiva de desenvolvimento em que as primeiras relações sociais são cruciais para toda criança, independente de suas características, qualquer aspecto que interfira no estabelecimento desses primeiros vínculos entre mãe-bebê pode ser considerado como fator de risco para o desenvolvimento.

Linhares e cols (2001), em suas pesquisas com crianças nascidas prematuramente e com muito baixo peso, perceberam a presença de mães que mostraram sentimento de incompetência em desempenhar seu papel, sugerindo a necessidade de que não apenas a criança, nesses casos, seja avaliada e acompanhada, mas também a família, na busca de intervenções às vulnerabilidades orgânicas e psicológicas da criança e emocional da família. Nesse sentido, Fachini (2001) considera que a ênfase dos programas voltados para

otimizar o desenvolvimento da criança não está mais na estimulação precoce, trabalhando apenas com o bebê, mas na intervenção precoce e sistemática junto às famílias e instituições de cuidado infantil.

Silva (2002), afirma que o objetivo das intervenções centradas na família, é assegurar que continue como cuidadora primária de seus bebês e que os pais sejam fortalecidos pela experiência com maior competência e segurança nos seus papéis. Chama atenção para questões que consideramos centrais quando pensamos em intervenção junto a bebês no início de seu desenvolvimento: a valorização da competência dos pais para exercerem seu papel fundamental que consideramos ser o de inserção das crianças no mundo cultural humano. Esse autor propõe que em programas de intervenção com objetivo de melhorar o desenvolvimento de recém nascidos prematuros, a família seja valorizada como um dos principais instrumentos de intervenção, aliada a uma equipe multidisciplinar.

No caso da deficiência, o estudo de Souza e Pires (2003) relacionado à paralisia cerebral aponta que em meio às percepções de mães dessas crianças quanto a seus cuidados, surge freqüentemente a idéia de que tudo é mais difícil e complicado, mesmo as coisas mais banais do dia a dia.

Estudos com mães de crianças cronicamente enfermas indicam a necessidade de se encorajar essas mães a desempenharem suas habilidades de cuidar do filho, pois nessas condições, a percepção de competência para cuidar fica comprometida (Pelletier, Godin, Lepage, Dussault, 1994; Castro e Piccinini, 2002).

Ao estudarem também o impacto da doença crônica nas relações familiares, Castro e Piccinini (2002) consideraram que nesses casos, a auto-estima dos genitores fica diminuída e eles podem se sentir, inclusive, defeituosos. O autor indicou que as doenças crônicas podem afetar negativamente a dinâmica de interação de mães e pais com seu filho, ao mesmo tempo em que a escassez de estudos sobre esse tema e a complexidade dos fatores que inter-atuam nestas situações não permite que se chegue até o momento a muitas conclusões. Admite que as características da própria doença crônica, a idade em que surgiu, o prognóstico e a assistência médica disponível vão interagir com inúmeros fatores subjetivos, comportamentais e sociais relacionados aos genitores e a criança, criando uma dinâmica particular para cada caso investigado. Chama a atenção, portanto, para a complexidade que envolve os processos humanos em situações de risco, como a doença,

que precisa ser melhor compreendida, levando em conta a singularidade das pessoas envolvidas, o que admite considerar dentre outras, como sentem, dão significado a experiência vivida e atuam diante dela, inclusive como superam e se desenvolvem a partir dessas mesmas situações, por exemplo criando vínculos e estratégias de aprendizagem com pessoas de seu convívio.

Figueiredo (2000) afirma que estudos empíricos mais recentes sobre mães adolescentes alertam para o fato de não terem sido consideradas todas as circunstâncias que podem interferir na trajetória desenvolvimental das mães com seus filhos, o que reforça a importância de estudos que pretendem investigar tanto aspectos subjetivos como sociais, nas suas inter-relações. Em estudo realizado em 1996, com setenta mães adolescentes, a autora observou relação entre percepções das mães com relação ao seu papel e à criança, com problemas no desenvolvimento da mesma. Os filhos de mães que durante a gravidez antecipavam seu papel após o parto como mais difícil e o seu bebê como mais difícil, apresentaram dificuldades nas áreas intelectual e comportamental.

Para Figueiredo (2000), hoje em dia é consenso para a psicologia do desenvolvimento que ao estudar o impacto de uma condição adversa sobre o desenvolvimento do indivíduo, as características desse mesmo indivíduo devem ser consideradas. Seu estudo demonstra um afastamento de perspectivas naturalistas que criticamos ao longo desse trabalho, mas também daquelas que mesmo considerando a implicância de fatores de outra ordem, que não somente os biológicos para o desenvolvimento, o fazem de forma determinista, reduzindo dinâmicas complexas a relações causais entre variáveis estabelecidas. Veremos adiante como a autora busca discutir possíveis relações entre fatores como depressão, sentimentos de competência e auto-estima das mães com problemas de desenvolvimento nas crianças.

Ao estudar a maternidade na adolescência, Figueiredo (2000), considera que a sintomatologia de depressão materna pode ser indicador de que a mãe não está sentindo-se capaz de lidar eficazmente com a gravidez na adolescência e/ou de que não está com capacidade de usar os recursos protetores do meio ambiente. A depressão para a autora pode ainda ser um fator responsável pela falta de competência e pela falta de resposta observada nos estudos sobre interação mãe-bebê, que envolvem mães adolescentes. Esses estudos segundo ela, apontam também baixa auto-estima das mães. Esses fatores se

associam ao aumento do risco para problemas no desenvolvimento social, emocional e cognitivo das crianças.

Da mesma forma a autora considera que mães com características individuais como vinculação segura, recursos psicológicos, conhecimentos e expectativas realistas a respeito da maternidade e do bebê, são capazes de lidar positivamente com a maternidade na adolescência. Assim, chama a atenção para a necessidade de estudos sobre o que considera serem fatores protetores ao desenvolvimento, ligados tanto a características da mãe como do ambiente (como o suporte social, como veremos adiante), ou seja, estudos que analisem não apenas os fatores de risco<sup>2</sup>, mas os fatores ligados a resiliências<sup>3</sup>.

Cabe comentar que o termo “fatores protetores do desenvolvimento” pode sugerir resquício de uma compreensão naturalista de desenvolvimento, como discutimos anteriormente, compreendendo esses fatores apenas em sua função de proteger o desenrolar natural de um desenvolvimento que já está pré-determinado. Essa compreensão determinista de desenvolvimento, inclusive, pode ser um dos fatores com implicações na maneira como a mãe vai perceber seu papel no desenvolvimento do filho e atuar nele, até mesmo, os profissionais que trabalham com estas mães. Como defendeu Tunes (2002), é preciso conhecer as redes de significação dos sujeitos se queremos incentivar de alguma forma, suas ações.

O presente estudo viu nas histórias de vida relatadas pelas participantes, e em seus contextos de convívio, possibilidades para compreender características pessoais, aspectos sociais, relacionais e subjetivos que pudessem estar na base da maneira como construíam sua maternidade diante do filho prematuro. Como defende Valsiner (1998), as pessoas em desenvolvimento, não são um mero reflexo do meio social, mas reconstróem ativamente, significados culturais, crenças e valores. Dessa forma, “o desenvolvimento é um fenômeno intrinsecamente relacionado à participação ativa do sujeito no universo simbólico da cultura, co-construindo com o outro em suas múltiplas interações cotidianas. Nesse processo, o sujeito não só elabora uma compreensão dinâmica do mundo e de si mesmo, mas também vai constituindo, em suas interações, uma forma peculiar de funcionamento

---

<sup>2</sup> fatores ligados a probabilidade de que efeitos adversos possam afetar negativamente o desenvolvimento do indivíduo

<sup>3</sup> probabilidades de recuperação do funcionamento em um nível socialmente aceitável, depois de o indivíduo ser afetado por uma condição adversa (Greenbaum e Auerbach, 1998, cit in Silva e Dessen, 2005)

psicológico” (Madureira e Branco, 2005). De acordo com Gonzalez-Rey (2002, p.44), “nenhuma experiência nova do sujeito adquire sentido pelo o que ela significa de forma objetiva. Toda nova experiência adquire sentido dentro do processo de subjetivação que caracteriza o desenvolvimento da personalidade (...). A objetividade dos sistemas constituintes da vida social adquire sua dimensão subjetiva por meio da forma como penetra os complexos sistemas de sentido e significação dos diferentes agrupamentos e instituições sociais. É no sistema de relações desses agrupamentos que se constitui a subjetividade individual.”

De acordo com Polônia, Dessen e Silva (2005, p.74), “o desenvolvimento humano é estimulado ou inibido pelo grau de interação com as pessoas, que ocupam uma variedade de papéis, e pela participação e engajamento em diferentes ambientes”. Com relação a isso, Souza e Pires (2003), em seu estudo sobre o comportamento materno em situação de risco, identificaram que do sucesso da conciliação das vertentes da vida da mãe (aspecto profissional, próprio casamento, relações sociais) surgiram laços matrimoniais fortificados, uma percepção de competência materna mais elevada e sentimentos de crescimento pessoal, o que pareceu beneficiar outras pessoas envolvidas, como os irmãos dos bebês.

Eles chamam a atenção para o fato de que o apoio familiar, a confiança no apoio técnico, o progresso na reabilitação da criança, o número de filhos, são todos fatores, que podem fazer variar a forma como as mães percebem e lidam com as necessidades do bebê de risco. Tudo isso aponta para o caráter multidimensional, complexo do objeto de estudo.

Esses autores apontam que os técnicos e a relação materna com eles são fatores relevantes no processo de investimento na reabilitação da criança, pois são eles que inicialmente ajudam na prestação de cuidados dados pelas mães, podendo colaborar nas expectativas e esperanças maternas, podendo também assumir a função de companheiros de luta. Souza e Pires (2003) perceberam em seu estudo, percepções de competência materna baixa em mães que viam a prestação de cuidados como um tipo de conhecimento técnico que elas não possuíam, dando origem a um clima de dúvidas. Isso fez com que elas passassem a pensar que os técnicos sabem cuidar e elas não, pelo menos numa fase inicial, aumentando a percepção de inadequação e de sentimentos como o ciúme materno. Vejamos nesse caso uma complexa relação subjetiva entre sentimentos, crenças e significados implicando numa constituição materna caracterizada por insegurança.

A qualidade do apoio técnico percebida e o nível materno de aceitação do mesmo também podem influenciar, segundo esses autores, na futura atitude materna frente à disfunção que a criança apresenta. Quando o apoio é percebido como de baixa qualidade, a tendência é negar esse apoio, o que faz com que a mãe se sinta que tem que fazer tudo sozinha, não delegando responsabilidades, nem partilhando tarefas, aumentando o sentimento de desamparo. O estudo acrescenta que a categoria apoio - que engloba o apoio familiar (marido e família próxima), o apoio técnico (terapeuta, psicólogo, médico, de ação social, enfermeiros, etc) e o apoio de grupo de pais de crianças com o mesmo problema - é uma das categorias que mais fortemente influencia todo processo social básico, ou seja, a relação mãe-criança. No entanto, advertem que não existem estudos suficientes, sobretudo acerca dos processos relacionais sociais, como da relação mãe-técnico e relação mãe-pai da criança, apesar de considerá-los de extrema importância.

Ao falar da reabilitação em crianças com paralisia cerebral, Souza e Pires (2003) observam que quanto maiores expectativas de sucesso, maior será o investimento das mães na reabilitação, sendo que, nesta fase, o maior número de ajudas técnicas se constitui em uma das estratégias utilizadas. Todo esse processo é mediado, segundo os autores, pelas expectativas maternas referentes à criança, diretamente ligada com a percepção de dever materno. Dessa forma, o papel dos técnicos varia mediante as necessidades maternas, preenchendo funções que vão desde o ensino de técnicas para reabilitação até adequação de expectativas maternas. Sugerem os autores que uma intervenção que leve em conta não apenas as características da patologia, mas da própria criança e da mãe, como suas expectativas, tem maior probabilidade de contribuir para a qualidade de vida de todos. Podemos identificar, nessas considerações dos autores, a relevância que dão às características pessoais das mães, além das relações sociais que mantêm com os técnicos, na maneira em que elas investem na recuperação da criança.

Estudos de Castro e Piccinini (2003) também apontam para a importância da rede social de apoio e das representações dos próprios pais na maneira como enfrentarão a condição adversa dos filhos devido a doenças crônicas. Como afirma Berenbaum & Hatcher (1992), a contextualização do estresse familiar, associado à doença crônica, especialmente o dos pais, precisa levar em conta as próprias características das mães e dos pais e a percepção que eles possuem em relação à doença do filho. Kazak, Reber e Carter

(1988) também consideraram que as diferentes respostas que as famílias têm em relação ao estresse podem ser muito influenciadas pela rede de apoio social que possuem, sem desconsiderar, mais uma vez, as características pessoais dos pais, citando aspectos subjetivos dos mesmos.

Pelletier e cols (1994) verificaram que mães de crianças cronicamente enfermas carecem de apoio emocional e de informação. O estudo de Silver e cols (1998), ao mesmo tempo, percebeu maior nível de estresse e sintomas depressivos em mães e pais de crianças com doenças crônicas que envolviam limitação funcional (como restrição auditiva, na visão, na comunicação). Nesses dois exemplos vemos proximidades quanto ao estado emocional, mas também singularidades envolvendo necessidades pessoais relacionadas, em um dos casos, por exemplo, à especificidade da própria doença, o que remete mais uma vez à complexidade e singularidade dos processos de constituição materna.

Kaplan e Mason (1960) consideram que as práticas hospitalares e o papel da equipe de saúde podem exercer influência positiva sobre sentimentos que identificam no nascimento de um bebê prematuro: ansiedade (por não ter o bebê sonhado), medo (por achar que não saberá cuidar do bebê prematuro), culpa e fracasso (por não compreender causas reais do nascimento do bebê prematuro) e sentimento de irrealidade (não sentindo o bebê como seu). Para Oliveira (2001), o nascimento de um bebê prematuro parece afetar a auto-estima da mãe e a sua capacidade de maternagem. No entanto, observou em seu estudo, que a partir de atendimentos marcados por uma relação dialógica, as mães passam a construir seu conhecimento, acreditando no seu potencial, entendendo o processo vivenciado. Para ela, ainda, as mães são ensinadas a cuidar, esquecendo-se de ensinar-lhes a observar os chamados e respostas de seus bebês. Podemos entender esse cuidar da forma como é aqui descrito, como um repasse de técnicas que torna a atividade descontextualizada e a criança despersonalizada, podendo interferir no que Brazelton parece considerar o mais importante na relação mãe-bebê e, portanto, alvo da intervenção: a capacidade da mãe de aprender sobre seu bebê.

A consideração dessa autora de que as mães lutam contra um sentimento de culpa, e o medo de não saberem cuidar de seu filho tal como vê a equipe de saúde ou de enfermagem ao desenvolver suas habilidades técnicas, sugere a existência de relações entre características da instituição hospitalar (pessoal, rotinas, programas, crenças e

representações das pessoas envolvidas nos atendimentos) e percepções daqueles que são atendidos, ou seja, ela é também um ambiente de desenvolvimento, que pode atuar como atenuante ou não das adversidades. Um olhar mais cuidadoso para as práticas na própria instituição de saúde, no entanto, aparece muito timidamente nos trabalhos a respeito do bebê de risco, principalmente sobre os processos de aprendizagem e educativos que ali se inserem.

O fato de mães de bebês prematuros não se sentirem capazes de cuidar dos filhos está relacionado, de acordo com Oliveira (2001), à crença de que os cuidados especializados superam as suas competências, habilidades e conhecimentos, sendo talvez mais importantes ou eficientes. Nesse exemplo, percebemos que os significados atribuídos pela mãe à experiência de cuidados do apoio formal da equipe trouxe implicações negativas na forma de ver a si mesma diante da tarefa materna. Então, um mesmo evento pode ser, como dissemos em outros momentos, de risco ou proteção, não podendo ser tomados como procedimentos que têm implicância direta no comportamento das mães ou em sua aprendizagem ou em outra ação que se pretende promover. O impacto dessas experiências pode estar relacionado com características da mãe, do contexto relacional, dentre outros, e, ainda, a uma combinação complexa de fatores. A autora relaciona a indicação que fez, ao fato de na atualidade o cuidado de enfermagem continuar a ser realizado de maneira muito mecanizada, normatizado por procedimentos técnicos, e o processo de trabalho da enfermagem junto às pessoas atendidas vem ainda apresentando uma tendência de “fazer por, antes de fazer com”. Segundo a autora, a especialização tecnológica está expulsando a preocupação com as necessidades humanas, tornando a experiência humana de cuidar, obscurecida. Nesse sentido, defende o estabelecimento de uma relação autêntica entre os profissionais e as pessoas atendidas, através de um processo de diálogo, em que possam conviver, cuidando e sendo cuidados. Aparece mais uma vez, a ênfase nas relações pessoais, no entanto com uma qualificação: ser dialógica. De fato, a “linguagem tem um papel importante: no intercâmbio social ou comunicação; na auto-regulação das ações e na organização e estruturação do pensamento sobre o mundo e si mesmo. O ingresso no universo simbólico da cultura permite que o sujeito concreto se integre em determinado grupo cultural a partir dos significados compartilhados socialmente e, ao mesmo tempo, permite a emergência de novas formas de organização da ação, do

pensamento e das emoções, transformando qualitativamente a sua relação com o mundo que o cerca e consigo mesmo”. (Madureira e Branco, 2005).

Oliveira e cols (2005), ao estudar o impacto do nascimento de um filho com deficiência nas percepções da mãe sobre o bebê, percebeu relação entre essas percepções com a sensação de competência e realização: mães com uma percepção negativa de seu bebê, comparadas com as mães que apresentavam uma percepção positiva de seu bebê, apresentaram níveis mais elevados de estresse, se consideravam menos competentes e menos realizadas em seu papel de mãe. A autora identifica que os sentimentos dos pais estão relacionados também com a percepção de falta de competência adaptativa dos seus filhos (Crnic, Friedrich e Greenberg, 1983; Gualnick, 1997; citados por Souza e Pires, 2003).

Dentro da perspectiva da Pediatria Social, Fonseca, Scochi e Mello (2002) acreditam que a mãe precisa ser ensinada a se cuidar e a entender o filho, a satisfazer suas necessidades e as do filho, podendo tornar-se até mesmo agente multiplicador de saúde em âmbito social e individual. Os autores discutem a necessidade de atuação sob um conceito de saúde mais amplo, em que o ato de curar e cuidar não seja atividade exclusivamente de profissionais de saúde, mas inclua a participação daquele que é tratado. Temos aqui referência a diversos aspectos que viemos discutindo e que trazem à tona concepções e perspectivas de atendimento, de saúde, de educação, de desenvolvimento: uma biologizada, privilegiando técnicas e técnicos na busca de determinados resultados; outra, que assume a participação dos próprios sujeitos nos processos de desenvolvimento. Por um lado, exclui-se a singularidade e a capacidade dos sujeitos, enquanto em outro, torna-se fundamental conhecer essa singularidade para poder atuar.

Hora (citada por Fonseca e cols, 2002), fala da medicalização das instituições, onde o discurso médico se impõe de tal modo à percepção individual e coletiva que dificulta outras interpretações a partir de saberes não médicos. A autora pontua que existiu no início do século XIX, com o Renascimento e início da racionalidade científica, um deslocamento epistemológico da arte de curar os doentes, para a disciplina das doenças, em que a função de cura ligou-se à figura do médico. Luz (1988), ao falar da medicina ocidental contemporânea, considerou seu caráter racionalista e mecanicista, presentes em seu discurso objetivo. Tal discurso, com as concepções que agrega, pode perpassar as

representações das mães de bebês considerados de risco, acreditando que a promoção do desenvolvimento da criança é de exclusividade médica.

Outra questão que aparece é a importância de dosar as informações médicas sobre diagnóstico e/ou tratamento, cuidando-se para que não se passe indiscriminadamente a informação e diagnósticos fechados, com previsões lineares sobre o desenvolvimento da criança (Linhares e cols, 2005), pois isso pode contribuir para expectativas equivocadas das mães sobre as possibilidades de desenvolvimento das crianças.

O diálogo interdisciplinar entre estudos empíricos e teóricos que acabamos de apresentar, aponta para a característica sistêmica, complexa, dinâmica e singular do objeto de estudo, em que atuam características pessoais e do ambiente em inúmeras possibilidades de implicações mútuas. Isso nos ajuda a compreender as parturientes não apenas como mães dos bebês de risco, mas como pessoas em processos de constituição de si mesmas e dos outros a sua volta, na relação com estes, ou seja, constituídas e constituintes da cultura em que estão inseridas; o que implica na pesquisa e intervenção envolvendo essa população, a necessidade de um esforço na atenção às singularidades subjetivas e sociais e um passeio por processos de significação desses sujeitos, se queremos compreender e estimular tais ações. Para Vigotski (1991, p.65), “a internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas constitui um aspecto característico da psicologia humana”. No entanto, esses “processos de internalização não são processos de transmissão cultural unidirecional, pois o sujeito participa ativamente da reconstrução, no plano subjetivo, dos significados culturalmente compartilhados” (Valsiner, 1994). Madureira e Branco (2005, p.104) ao discutir os conceitos de significado e sentido, apresentados por Vigotski, comentam sobre esse caráter criativo dos processos de internalização: “Enquanto o significado é construído histórica e culturalmente e, portanto, apresenta uma maior estabilidade, o sentido é a reconstrução pessoal (subjetiva) dos significados culturalmente compartilhados e, assim, apresenta maior fluidez e instabilidade”. Gonzalez Rey (2003) chama a atenção, ao desenvolver o tema da subjetividade, que a psique aparece constituída também por complexos sistemas emocionais, um aspecto do desenvolvimento humano, que para ele continua negligenciada nas principais teorias do desenvolvimento. Esse autor tem desenvolvido a categoria sentido subjetivo, caracterizando-o como um sistema simbólico-emocional e motivacional em

constante desenvolvimento que “permite representar o envolvimento afetivo do sujeito em um atividade não apenas por seu vínculo concreto nela, mas como produção de sentidos que implica em uma configuração única, sentidos subjetivos, emoções e processos simbólicos resultantes de subjetivação que integram a história individual, como os diferentes momentos de atuais vida de cada sujeito concreto” (González-Rey, 2006, p. 34). Dessa forma, as emoções que as mães desenvolvem em seu processo materno não estão relacionadas apenas com as experiências que vivencia ao ser mãe de um bebê prematuro, mas de acordo com as idéias do autor, essas emoções têm sua origem em sentidos subjetivos produzidos em outros espaços e momentos de vida. Por isso, defende a consideração dos sujeitos – donde podemos pensar, os sujeitos que participam da pesquisa e de intervenções - na complexidade de sua organização subjetiva.

A partir dessa compreensão, podemos dizer que os trabalhos empíricos descritos neste capítulo fornecem informações gerais importantes sobre sentimentos, significados, características pessoais das mães e ainda sobre a participação de redes de apoio em situações que envolvem risco para o desenvolvimento, mas têm que ser consideradas com cautela. Primeiro, porque os sujeitos, como vimos considerando, precisam ser considerados na sua singularidade subjetiva; segundo, porque muitos desses trabalhos compreendem as reações dos sujeitos como resultados diretos da experiência vivenciada, justamente por não considerar os processos de significação envolvidos nessas experiências. Alguns trabalhos mostram esforços na tentativa de compreender os comportamentos maternos a partir de dinâmicas entre aspectos observados, mas em sua maioria, indicam que ainda pouco se conhece sobre essas dinâmicas. De qualquer forma, os sentimentos vivenciados pelas mães frente a um bebê diferente, com alguma doença crônica ou deficiência, aparecem nestes trabalhos ligados a: preocupação com a vida da criança, ansiedade, culpa, impotência, medo, frustração, sentimento de incapacidade nos cuidados e insegurança, baixa auto-estima, depressão, mas aparece referência a crescimento pessoal no trabalho de Souza e Pires (2003), quando os autores, procurando compreender outros fatores e dinâmicas no processo vivenciado, encontraram em seu estudo, por exemplo, relação entre expectativas positivas da mãe e avanços percebidos na criança a um aumento no investimento materno na recuperação da mesma, assim como na sua aprendizagem constante, categoria que desenvolveram neste estudo, e que relacionaram também à percepção de competência da

equipe. Perceberam também percepção de competência materna mais elevada e laços matrimoniais mais fortalecidos, quando havia sucesso na conciliação entre outras vertentes da vida da mãe, como o trabalho e a família, indicando que a maneira que mãe pensa, sente e age, depende de outros contextos, aspectos e relações que mantém em sua vida.

Quanto às características pessoais das mães, foram relacionados o sofrimento pela perda do bebê idealizado e a percepção dos cuidados e do bebê como mais difícil - ou seja, aspectos subjetivos - à sentimentos de incapacidade nos cuidados. Enquanto isso, características como vinculação segura, recursos psicológicos, conhecimentos e expectativas realistas foram relacionados por Figueiredo (2000) à capacidade de lidar positivamente com a maternidade na adolescência.

Os apoios da família, dos técnicos e profissionais da saúde, foram apresentados como fatores importantes na maneira da mãe vivenciar a maternidade. Souza e Pires (2003) consideram que a categoria apoio é a que mais influencia a relação mãe-bebê e os comportamentos maternos. Essa influência é identificada de várias maneira, no trabalho desses autores: podem atuar como colaboradores no desenvolvimento de expectativas positivas com relação à criança; como desencadeadores de sentimentos de incompetência, quando a mãe sente que são mais capazes de proporcionar os cuidados à criança; podem atuar como companheiros de luta e até mesmo impulsionar a busca de informações e de construção de conhecimentos pelas mães, quando sentem que esses apoios técnicos são de baixa qualidade. Apesar dessas informações reforçarem o princípio de que um mesmo fator pode atuar de inúmeras maneiras diferenciadas, reforçam o papel do outro nos processos psicológicos, o que demanda um olhar para a compreensão de dinâmicas que possam atuar de maneiras positivas para o desenvolvimento de mães e bebês. Nesse sentido, Oliveira (2001) aponta a partir de seus estudos que atendimentos marcados por uma relação dialógica contribuem para que as mães construam conhecimentos e acreditem em seu potencial, entendendo o processo vivenciado.

### **1.5. As constantes aprendizagens das mães e o papel das relações sociais: pensando em contribuições para a intervenção**

Brazelton (1992) é um dos teóricos da relação mãe-criança que chamou a atenção para o fato de que os pais, mesmo em caso de prematuridade, são capazes desde muito cedo de aprender com o bebê, perceber e responder a interesses e necessidades quando o vínculo afetivo e as relações parentais são bem estabelecidos. No caso de dificuldades nessas interações com o bebê, o autor acredita que os profissionais devem ajudar os pais a perceberem e utilizarem seus próprios recursos, desenvolvendo a crença na sua capacidade e competência para isso. Para tanto, sugere que o profissional também precisa aprender sobre as características tanto da criança como do próprio acompanhante, sobretudo aquelas relacionadas à maneira como estabelecem mutuamente os vínculos afetivos e os fatores relacionados a isso, estando sujeita ao fracasso a proposta de intervenção que não as considere.

Na década de 70, a prática e a pesquisa na área do envolvimento dos pais na intervenção com crianças, refletiu de acordo com Kolobe (1991), uma estrutura conceitual que considerou os pais como recursos e competências valiosos. Vemos que tal perspectiva parece colocar os pais mais como instrumentos para atingir os fins da intervenção. Por outro lado, a consciência do impacto da qualidade da interação pais-criança no desenvolvimento infantil, expandiu o papel dos profissionais de saúde nos serviços de atendimento infantil. O atendimento incluiu o ensino aos pais sobre princípios do desenvolvimento e especificidades das atividades terapêuticas de seus filhos (Formiga, 2003). Cabe, no entanto, a pergunta, em que perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem?

Como alerta González Rey (2006), a crença na aprendizagem como transmissão de conhecimentos, que comumente desconsidera o sujeito que aprende, e, portanto, o diálogo, a participação ativa desse sujeito, despersonalizando-o e desconsiderando-o nas suas peculiaridades subjetivas, ligadas a suas experiências de vida, idéias, significados, “traz consequências importantes para a prática profissional em diferentes campos da atividade humana” (p.37), porque o indivíduo aprende não apenas como um intelecto, mas como um sistema.

De acordo com Dessen e Braz (2005, p.123), atualmente “as pesquisas sobre desenvolvimento e suas interligações com a família tem sugerido um aumento do número de estudos que privilegiem as interações”. Isso mostra o quanto tem ganhado relevância, pelo menos no âmbito teórico, a concepção de que é nas relações sociais que está a chave para a gênese dos processos de aprendizagem e desenvolvimento humanos.

Ao falar de programas de intervenção precoce, Epss e Jackson (2000), defendem, dentre outros, os seguintes aspectos que deveriam permear esses programas voltados para crianças consideradas de risco: ser centrados na família; focalizar as competências e capacidades de recuperação da criança e da família; o sistema social, inclusive a comunidade devem ser considerados; a intervenção deve ocorrer a nível das interações e relações familiares. Dessa forma, percebemos uma mudança nas concepções ligadas à intervenção e à relação ensino-aprendizagem envolvida na mesma. De transmissão de conhecimentos e técnicas para uma valorização dos conhecimentos e envolvimento ativo do sujeito que aprende, considerando suas peculiaridades. De acordo com Levitt (2001), os programas de intervenção têm objetivado oferecer aos pais e crianças, dentre outros, oportunidades para descobrir o que eles já sabem e podem fazer e aprender.

Um olhar para o próprio atendimento e o tipo de relação estabelecida entre técnico e pessoa atendida, começa a aparecer timidamente nos trabalhos mais recentes.

Silva e Dessen (2005), ao tratar do tema da intervenção precoce sob a perspectiva da teoria dos sistemas e do modelo bioecológico de Bronfenbrenner, não apenas defendem a participação das famílias nos programas e os outros ambientes de desenvolvimento da criança, mas chamam a atenção para a natureza da assistência prestada por profissionais e instituições. Elas citam o caso de um trabalho desenvolvido por Doherty e Carrol (2002) em que o objetivo é o fortalecimento da família dentro de sua própria comunidade, em que os profissionais atuam como parceiros e não dirigentes, utilizando como recursos de fortalecimento das famílias, os conhecimentos e experiências de vida delas e de suas comunidades, aliados ao conhecimento profissional. Parece ser um exemplo em que se busca espaço para compartilhamento de informações, crenças e valores culturais. As autoras apontam que é de grande relevância para a pesquisa e intervenção, o princípio de que os indivíduos não possam ser separados dos sistemas que fazem parte. A partir das idéias de Minuchin et al (1999), os autores indicam que a equipe profissional

frequentemente tem pouca informação sobre o modo como a família funciona, defendendo por outro lado, que toda a família deva ser incluída nos programas e fortalecidas como solucionadora de seus próprios problemas, dando ênfase a parceria programa-família. Nesta proposta cada família, segundo a autora, é considerada um caso particular, enfatizando a criação de novas formas de comunicação e interação entre seus membros, e a consideração da família extensa como principal recurso, enfatizando suas interações interpessoais. Silva e Dessen (2005) indicam não só a necessidade de pesquisas para subsidiar os programas, especialmente no Brasil, mas mudar a concepção dos programas existentes, no sentido de incluir toda a família, considerando seu contexto sócio-histórico-cultural.

Souza e Pires (2003) realizaram um estudo muito interessante sobre o comportamento materno em situação de risco e perceberam uma tendência para eles comum a todo processo de investimento materno em prol da criança, que chamaram de “aprendizagem constante”. Esse processo inicialmente é marcado pela necessidade da mãe em aprender a pegar o filho no colo, a dar banho, a alimentá-lo, enfim, de ter que aprender a cuidar de uma criança diferente. Apesar de terem observado que, no início, as mães apresentam um sentimento de baixa competência no exercício desses cuidados, para os autores isso é gradualmente substituído por uma força e um dever de lutar em prol da criança, que se traduz na busca de mais informações, de apoios técnicos e em um progressivo investimento materno no processo de reabilitação da criança. Na compreensão dos autores, as competências maternas gradativamente aumentam porque aumenta em contrapartida, a capacidade de lidar com o aspecto prático das necessidades especiais das crianças. Para eles, essa aprendizagem constante serve como aumento da própria percepção de competência dos pais. O clima inicial de dúvida é substituído por uma percepção de adequação de resposta, de tal forma que as mães relataram nesse estudo de Souza e Pires (2003), sentirem-se “super-mães”. Seria interessante, indicaram os autores, compreender melhor a forma como varia essa percepção de competência nestas mães. Os autores realçaram também que quanto maior a competência percebida pela mãe, maior o grau de sua exigência no processo de reabilitação da criança, em que, muitas vezes deparando-se com obstáculos ou mesmo, como falta de recursos, infra-estrutura, difícil acesso, altos custos das ajudas técnicas, sentem que a reabilitação e a integração social da criança não será fácil, o que gera sentimentos de revolta contra o sistema social. Nesse momento, as

mães se filiam a grupos de mães e assumem um leque de funções como a de terapeutas, enfermeiras, investigadoras da lei, técnicas de ação social, o que os autores chamaram de “multifuncionalidade materna”, e os fez indagar: “com esta variedade de papéis será que elas poderiam alguma vez ser só mães?” (p. 129). Essa consideração assinala, como vimos defendendo desde o início até aqui, não só o papel essencial da mãe para o desenvolvimento, mas da relação sócio-afetiva com a criança, que vai muito além das técnicas e conhecimentos especializados. Além disso, indica mais uma vez, o caráter multidimensional dos processos humanos, no caso do estudo em questão, do comportamento das mães, em que interagiram claramente, tanto aspectos da condição pessoal de vida como do contexto social e histórico.

Podemos perceber, portanto, no processo de aprendizagem constante, tal como proposto por Souza e Pires (2003), que a maneira da mãe pensar, sentir, aprender e atuar perpassa não apenas suas experiências concretas, mas a forma como atribui sentidos a elas, como percebe o bebê, a equipe e a si mesma, nas relações que mantém com estes, e as habilidades e conhecimentos adquiridos no próprio processo de aprendizagens. Estes pareceram impulsionar não só processos de constituição materna das mães, quando elas disseram que sentiam ser “super mães”, mas o próprio desenvolvimento pessoal, ou seja, a personalidade como um todo. Para tanto, houve implicação de uma aprendizagem constante que, motivada por crenças e motivações, encontrou na busca de informações e nas relações sociais com profissionais e outras mães, o seu alimento.

Ao referir-se ao conceito de “zona de desenvolvimento proximal” de Vigotski (1997), Tacca (2006) defende a idéia de que a aprendizagem tem como condição essencial, as relações sociais, na medida em que estas possibilitam o compartilhamento de emoções, pensamentos e diferentes significados. O estabelecimento de relações autênticas entre os sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem permite segundo a autora, o conhecimento da maneira de pensar do outro e, portanto, oportunidades de interferir nele, buscando a construção de conhecimentos a partir de um processo dialógico marcado por confiança, sintonia de idéias e motivação. Como alerta González Rey (2006), a crença na aprendizagem como transmissão de conhecimentos, que comumente desconsidera o sujeito que aprende, e portanto, o diálogo, a participação ativa desse sujeito, despersonalizando-o e desconsiderando-o nas suas peculiaridades subjetivas, ligadas a suas experiências de vida,

idéias, significados, “traz consequências importantes para a prática profissional em diferentes campos da atividade humana” (p.37), porque o indivíduo aprende não apenas como um intelecto, mas como um sistema.

A compreensão de que os aspectos subjetivos e sociais estão na base dos processos de aprendizagem, trazem encaminhamentos na pesquisa e intervenção ligadas ao desenvolvimento de bebês de risco, indicando a necessidade de atenção e compreensão desses aspectos. Como enfatizou Tunes (2002), as ações humanas são muitas vezes influenciadas por redes de significação que precisam ser conhecidas se queremos incentivar tais ações.

As contribuições desses autores indicam a necessidade de não considerar a intervenção educativa como simples aplicação de técnicas ou ensino de conceitos, pensando a intervenção precoce apenas como sistemática de exercícios padronizados com os bebês, porque a aprendizagem, assim como o desenvolvimento, é um fenômeno diverso, devendo as investigações que agregam voltar-se para a compreensão do que rege a diversidade (Tunes, Matinez e Tacca, 2005).

Não basta simplesmente incluir os pais nos programas, mas pensar numa intervenção que implique o estabelecimento de relações sociais capazes de proporcionar entre profissionais e pessoas atendidas, espaço para aprendizagens mútuas, a partir do compartilhamento de crenças, valores e atitudes relacionadas aos cuidados com os bebês e a própria reflexão e compreensão dos pais e profissionais acerca de seus papéis no processo de desenvolvimento das crianças.

Compreender fatores relacionados às maneiras como a mãe sente, pensa, e age frente ao desafio de ser mãe de um bebê risco, implica um olhar atento para essas próprias pessoas em suas diversas relações com seus contextos de vida e aprendizagens.

## **2. OBJETIVOS DA PESQUISA**

### **2.1. Objetivo geral**

A proposta da pesquisa teve como objetivo geral compreender como mães de bebês considerados de risco sentem a sua importância, capacidade e possibilidades para participar no desenvolvimento dos filhos, como aprendem a atuar com eles e de que forma as redes de apoio e as relações sociais participam desses processos. Consideramos que tudo isso faz parte da constituição da maternidade, o que terá repercussões nas relações com o bebê e demais pessoas do convívio social.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Compreender sentimentos que aparecem nas situações de vida das mães que envolvem a gravidez e momentos antes, durante e depois do nascimento dos seus bebês de risco.
  
- Identificar concepções e expectativas das mães sobre o desenvolvimento da criança, e como sentem sua importância, capacidade e o lugar que ocupam diante desse processo.
  
- Compreender como as mães aprendem os cuidados maternos a partir das redes de apoio e a participação de relações sociais significativas nos processos de vinculação afetiva entre a mãe e o bebê; de superação de dificuldades; de aprendizagens e atribuição de sentido às experiências vividas.
  
- Refletir sobre possibilidades de intervenção educativa a partir da compreensão de processos de interação entre os sujeitos envolvidos no contexto institucional de atendimento a bebês de risco e suas mães.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Algumas questões metodológicas**

A pesquisa envolveu um estudo com abordagem qualitativa, tal como defendida por González-Rey (2002,2005). Para ele, essa abordagem qualitativa constitui-se num processo construtivo interpretativo do conhecimento, no qual se considera a complexidade do fenômeno a ser estudado e a qualidade da expressão dos sujeitos, que é a matéria prima para a pesquisa. Essa qualidade está ligada, segundo o autor, ao tipo de relação e diálogo estabelecido entre o pesquisador e o pesquisado, considerando isto uma das fontes principais de produção de informação.

Gonzalez Rey (2002) considera que é na conversação espontânea que se “cria uma atmosfera natural, humanizada, que estimula a participação e leva a uma teia de relação que se aproxima à trama de relações em que o sujeito se expressa na sua vida cotidiana” (p. 87).

De acordo com o autor, a conversação aparece como uma via importante do trabalho científico em pesquisas antropológicas e sociológicas, como “um marco privilegiado para o estudo de diversas tramas e fenômenos sociais (...) pelo que representa um instrumento essencial para os diversos campos da psicologia” (Gonzalez Rey, 2005, p.50). Utilizamos, ao longo de todos os encontros com as participantes, esse tipo de conversação, a fim de incentivar desde o início, tanto uma relação de confiança com elas como seu envolvimento na pesquisa e na produção de idéias e informações relevantes. Isso pareceu favorecer uma maior motivação para que elas contextualizassem momentos, situações, percepções e sentimentos, o que contribuiu de maneira significativa para a construção dos indicadores que levaram às discussões da pesquisa, juntamente com o referencial teórico utilizado.

#### **3.2. Cenário da pesquisa**

O Hospital Universitário de Brasília, HUB, conta com serviços materno-infantis de atenção a bebês considerados de risco e suas mães e isso tem lugar atualmente em espaços da Maternidade e também do Ambulatório de Desenvolvimento da Pediatria do HUB. A Maternidade envolve o Banco de Leite; o Centro de Obstetrícia que atende as gestantes e as

parturientes, daí ser composto por espaços de atendimento e centro cirúrgico e o Berçário, onde permanecem gestantes com gravidezes consideradas de risco; nos alojamentos conjuntos ficam recém nascidos e mães que aguardam a alta hospitalar e mães de bebês de risco que acompanham os filhos no centro ou unidade de tratamento intensivo neonatal, CTI ou UTI, que está inserido no espaço do berçário, ao qual só têm acesso os pais da criança e equipe multiprofissional. Todos esses centros localizam-se muito próximos uns aos outros, facilitando o acesso das pessoas entre esses espaços dentro da Maternidade, que fica numa ala do térreo do hospital universitário.

Em casos de bebês considerados de risco ao nascer, há inicialmente, internação na UTI neonatal do berçário da Maternidade por um período médio de quatro a dez semanas, de acordo com as condições que envolvem a criança. Nesse tempo, suas mães permanecem no berçário, alojadas com outras mães que estão na mesma condição, ou seja, aguardando a possibilidade do bebê deixar a incubadora, ou em condição de permanência com o filho no alojamento conjunto, aguardando a alta hospitalar. Após a alta da maternidade, os bebês e suas mães vão para casa, mas são acompanhados durante um ano no Ambulatório de Desenvolvimento, que fica em outro prédio do hospital, em consultas que são agendadas em intervalos variados de tempo, dependendo das necessidades consideradas pelas equipes que atendem os bebês.

A parte inicial da pesquisa de campo, ou seja, os primeiros contatos e os convites feitos às possíveis participantes da pesquisa foram realizados no espaço institucional da Maternidade e do Ambulatório da Pediatria do Hospital.

Com as participantes selecionadas para fazer parte do estudo, passamos a realizar encontros constantes durante três meses no quarto de número 107, onde ficavam alojadas as mães de bebês de risco. Esse espaço foi utilizado até que a última mãe participante da pesquisa recebesse alta com seu bebê.

O quarto 107, que fazia parte da unidade de neonatologia do hospital, também chamado pelas pessoas da maternidade de “quarto da mãe nutriz”, abrigava, como dissemos, mães de bebês de risco, na grande maioria dos casos por nascerem prematuros e com baixo peso, que ficavam esperando a possibilidade dos bebês saírem das incubadoras e poderem permanecer junto com eles, nesse mesmo quarto. Neste quarto de alojamento

conjunto<sup>4</sup>, havia quatro leitos disponíveis, cada qual com um criado para guardar os pertences das mães e um bercinho para o bebê quando este viesse ficar no alojamento junto com ela. Havia um banheiro coletivo e comumente uma televisão, levada por uma das mães.

No período em que realizávamos a pesquisa, foi colocada uma mesa circular no centro do quarto com quatro cadeiras. O que motivou essa modificação no ambiente foi tanto uma vontade de pessoas da equipe em disponibilizar às mães um espaço para que elas realizassem ali atividades, refeições, etc, como a iniciativa de uma das mães (não participante efetiva do estudo) de continuar freqüentando o alojamento conjunto uma vez por semana, mesmo após sua alta hospitalar e a do bebê, para ensinar artesanato para as demais mães que permaneceram alojadas.

Não havia estímulos visuais nas paredes do quarto até momentos antes de encerrarmos a pesquisa, quando as mães do alojamento, ao terminarem sua produção de um quadro de fotos, decorado com uma técnica de biscuit ensinada pela amiga de quarto voluntária, o fixaram na entrada do quarto. Essa produção foi incentivada por pessoas da equipe multiprofissional.

A entrevista inicial foi realizada numa pequena sala de reuniões do berçário, que tinha cadeiras universitárias e um quadro branco, sem janelas e outros estímulos visuais. Alguns encontros de conversação informal aconteceram no hall do Ambulatório com mães que estavam de alta e aguardavam a consulta de seus filhos. A reunião de grupo, por acontecer no período em que todas estavam de alta, foi realizada numa sala do Ambulatório.

Finalmente, a última etapa, relacionada a momentos de conversação, observação e construção do instrumento envolvendo fotos das mães, aconteceu na própria casa das colaboradoras do estudo.

---

<sup>4</sup> No Brasil, o alojamento conjunto foi oficialmente instituído pelo Ministério da Saúde a partir de 1993 como um sistema hospitalar em que o recém nascido, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Klaus e Kennel são considerados os pais do alojamento conjunto, por terem colocado em questão a separação mães-filhos nas maternidades, sob a hipótese de interferência no estabelecimento de vínculos. Além dos benefícios psicológicos, o alojamento conjunto favorece a prática do aleitamento, facilita a detecção de sinais de risco para a criança e estimula o contato da mãe com os profissionais de saúde, propiciando ocasiões mais freqüentes de trocas de informações. (Wendland, 2006 )

### **3.3. As participantes da pesquisa**

A constituição do grupo de colaboradoras da pesquisa se deu a partir de convites a mães de bebês de risco atendidas tanto no Ambulatório como no berçário da maternidade do Hospital Universitário de Brasília. Foram contatadas inicialmente vinte mães, sendo que onze delas já estavam em fase de alta com seus bebês com atendimento no Ambulatório. Nove delas estavam em situação de hospitalização de seus bebês, aguardando a melhora e alta deles. Esse grupo mostrou-se mais disponível e motivado para participar da pesquisa. Dessa forma, optamos por trabalhar com essas mães, já que o critério de inclusão das participantes na pesquisa, referia-se exatamente à uma maior motivação e disponibilidade para participar, o que de acordo com Gonzalez Rey (2002, 2005) pode contribuir na qualidade da informação a ser construída junto às participantes, na perspectiva da pesquisa qualitativa assumida.

Dentre essas nove mães que mostraram maior interesse em participar da pesquisa, foram convidadas e incluídas cinco delas, obedecendo mais uma vez ao critério da motivação e disponibilidade. Duas eram mães pela primeira vez, o que também foi assumido como sendo de interesse para a pesquisa.

As participantes receberam nomes fictícios atendendo ao compromisso de anonimato assumido na pesquisa. Demais colaboradores eventuais da pesquisa, como cônjuges, profissionais do setor de atendimento, outras mães do próprio alojamento conjunto, assim como os bebês, não receberam esse tratamento, sendo referidos por letras, de forma aleatória.

Foi pedido às cinco mães selecionadas para fazer parte efetiva do estudo, que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3), o que também lhes forneceu informações sobre o mesmo; sobre a pesquisadora; sobre sua livre participação na pesquisa e possibilidade de desistir dela no momento que assim decidissem e sobre o sigilo da sua participação a ser mantido.

### **3.4. Procedimentos**

Durante o trabalho de campo procuramos ir mantendo um processo de interação constante com as mães em seus contextos sociais, a fim de ir construindo informações sobre as questões da pesquisa, utilizando os procedimentos descritos a seguir.

#### **3.4.1. Observação de situações interativas**

Constituíram-se de observações ao longo de todos encontros com as participantes, em suas dinâmicas de interação com os bebês e com suas redes de apoio formal (profissionais que as atendem na instituição) e informal (familiares, amigos, e outras mães) nos ambientes institucional e domiciliar.

#### **3.4.2. Conversação**

De acordo com Gonzalez-Rey (2005), “nas conversações, constroem-se verdadeiros trechos de informação entre os participantes que ampliam seu compromisso pessoal com o tema em questão” (p.48). “A conversação é um sistema que nos informa as características e o estado dos que neles estão envolvidos (...), caracterizam todo o processo de pesquisa e podem resultar do desdobramento de outros instrumentos aplicados” (p.49). Nesta perspectiva este procedimento foi bastante valorizado durante toda a pesquisa, desde o momento inicial de contato e convite para colaborar com a pesquisa e durante os demais encontros que passaram a acontecer inicialmente e na maior parte do trabalho de campo, no próprio alojamento conjunto, em seguida no Ambulatório, nas visitas domiciliares, no encontro final de grupo e até mesmo nos contatos por telefone, após a alta das mães.

Esses encontros de conversação no alojamento aconteceram em momentos nem sempre agendados e em períodos diferentes do dia, a fim de observar também diversas dinâmicas ligadas às rotinas e convívios das mães no berçário: como as “visitas médicas”, por exemplo, que acontecem de manhã, em que os alunos de medicina junto aos professores iam de quarto em quarto atendendo e discutindo os casos; as ordenhas em que as mães retiravam leite do seio e levavam ao Banco de Leite; o início da tarde e da noite quando

havia troca de pessoal da enfermagem e comumente interação destas com as mães, o que acontecia é claro em muitos outros momentos; o horário de visitas de familiares e amigos, às tardes; e nos finais das tardes, quando as mães, mais livres das rotinas hospitalares e das visitas, interagem bastante entre si, conversando e trocando ajudas para que fossem tomar banho, comer ou arrumar seus pertences, por exemplo, o que acontecia, cabe reforçar novamente, ao longo de todo o dia; a oficina de biscoito, que acontecia uma vez por semana.

Os diversos encontros no alojamento conjunto tornaram-se espaços de interação dialógica informal, que contribuíram para a relação de confiança entre participantes e pesquisadora e envolvimento constante das mães na discussão e produção de informações, expressão de idéias e sentimentos, que possibilitaram nos acercar de concepções, sentidos e práticas que envolviam suas relações com o bebê e com seu contexto social. A pesquisadora iniciava sempre um contato afetivo e atento às participantes, procurando observar e se inserir nas dinâmicas já em andamento no contexto como as conversas entre as mães e as interações com os bebês, introduzindo em momentos oportunos, perguntas, comentários ou temas que pudessem colaborar na expressão delas sobre os conteúdos explorados no estudo.

As conversações tornavam-se discussão e compartilhamento de idéias entre as pessoas que estavam no quarto 107, não apenas participantes do estudo, mas as outras mães alojadas e em alguns momentos, também pessoas da equipe de enfermagem e da rede de apoio informal. Isso pareceu ser muito bem vindo pelas mães, que sempre pleiteavam um retorno breve, como se esse tipo de conversação ajudasse-as também a construir conhecimentos, a compreenderem a situação, a si mesmas, sua relação com os bebês e redes de apoio, questões que surgiam sistematicamente.

Também aconteceram momentos mais formais de conversação, durante a utilização dos instrumentos que descreveremos adiante. Esses momentos foram agendados em data e local mais viável para as participantes, de acordo com a etapa de atendimento institucional em que estavam inseridas.

Conversas das mães com as pessoas de seu convívio também foram observadas e valorizadas como informações importantes, assim como alguns diálogos informais que ocorreram entre a pesquisadora e familiares das participantes da pesquisa e entre pessoas da equipe de profissionais que as acompanhavam no hospital. Cabe citar que foram realizadas

algumas conversas informais por telefone entre a pesquisadora e as colaboradoras do estudo, que também auxiliaram na construção de pistas acerca de como estavam vivenciando a alta hospitalar, nos seus diversos aspectos.

Foram feitas anotações diversas e constantes em um diário de campo a partir das observações e conversações realizadas. Além disso, utilizou-se um gravador portátil para registrar os relatos das participantes durante as conversações formais (entrevistas).

### **3.4.3. Entrevista inicial (Anexo 1 ) e Entrevista após a alta (Anexo 2)**

Como mais um recurso para a construção de informações sobre os casos, tentando permear também o caráter processual e contextual do objeto de estudo, foram realizadas, além dos diversos encontros de conversação informal, duas entrevistas semi estruturadas com as mães, em momentos diferentes de seu processo de constituição materna. A primeira foi realizada numa salinha de reuniões do berçário, depois de alguns encontros de conversação informal no quarto 107, quando as mães estavam ainda no hospital aguardando a recuperação e alta dos bebês. A segunda foi realizada numa sala de reuniões do Ambulatório, em dias coincidentes com consultas dos bebês, após a alta hospitalar.

A entrevista inicial envolveu duas partes. A primeira parte foi constituída de um tópico com perguntas objetivas sobre dados pessoais da mãe, e outro tópico, com perguntas mais abertas sobre o atendimento na instituição e os acompanhantes das mães. A segunda parte envolveu perguntas abertas que pudessem auxiliar no diálogo, expressão de idéias e sentimentos e a partir disso, construção de indicadores sobre a vivência concreta e simbólica das mães, tendo como referência os momentos envolvendo a gestação, o parto, o pós-parto e os primeiros cuidados com a criança após o nascimento.

A entrevista realizada após a alta hospitalar foi composta de perguntas abertas com intuito de estimular a produção de idéias e sentimentos das mães sobre esse momento de vivência de sua maternidade.

As conversações suscitadas nas entrevistas, junto a outros indicadores construídos ao longo da pesquisa, de fato forneceram pistas sobre processos sociais e subjetivos envolvendo as redes de apoio (formal e informal); as características da mãe e do bebê; de seus contextos de vida; dos cuidados e vínculos com o bebê; sentimentos e vivências a

partir do contexto hospitalar e familiar e das relações mantidas neste; e sobre concepções das mães sobre desenvolvimento.

#### **3.4.4. Encontro de discussão temática**

Este momento foi utilizado para aprofundamento das informações e indicadores construídos, principalmente sobre as concepções de desenvolvimento das participantes, bem como observar a dinâmica do grupo de mães, a fim de construir indicadores sobre seu potencial como proposta de intervenção educativa.

O encontro constituiu-se como um espaço de interação entre as participantes do estudo após todas terem recebido alta com seus bebês. Ele aconteceu no final da pesquisa de campo numa sala do Ambulatório, momento em que as participantes mostraram muito contentamento em se encontrar, se abraçando, pegando os bebês umas das outras e trocando desde este momento inicial, informações entre si. Esse momento inicial, por si só, sem a intervenção da pesquisadora, foi utilizado espontaneamente pelas participantes como espaço dialógico e afetivo de trocas de experiências, em que falavam umas para as outras do processo que estavam vivenciando junto com os bebês. Foi pedido que discutissem sobre o tema: “Eu e o desenvolvimento de meu filho”, momento em que surgiram pistas sobre como percebiam seu lugar no desenvolvimento, como atuavam, aparecendo indicadores sobre redes de apoio e informações gerais que auxiliaram na construção de indicadores acerca de todos os aspectos que o estudo pretendia investigar. Para estimular a continuidade das reflexões e troca de idéias das participantes, foram introduzidas perguntas e temas ao longo das discussões, como: “As crianças se desenvolvem do mesmo jeito”; “O que é preciso para uma criança se desenvolver?”

Esse encontro de discussão temática indicou ser uma estratégia importante de reflexão, socialização e construção de conhecimentos através de diálogos entre as mães e a pesquisadora.

### **3.4.5. Identificação e exploração de conteúdos expressivos a partir de fotos**

As mães foram incentivadas a organizar com a pesquisadora, as fotos que produziram desde a gravidez até o final da pesquisa de campo. Esse instrumento foi realizado nas duas visitas domiciliares após a alta hospitalar. A pesquisadora procurava observar as reações e os relatos das mães diante das imagens, procurando envolvê-las ao mesmo tempo em diálogos relacionados aos temas de interesse para a pesquisa.

A utilização de fotografias mostrou ser um recurso muito interessante para a presente pesquisa, dada a especificidade do objeto de estudo em questão, visto que esses registros são muito realizados no momento de chegada de um novo membro da família, sobretudo, inferimos, quando este é bem acolhido, aceito e as pessoas a sua volta mantêm expectativas positivas quanto ao seu desenvolvimento. Foram importantes para indicar relações sociais e vínculos afetivos, já que as fotografias comumente têm esse fim, de registrar as pessoas do convívio coletivo, além de ser uma atividade culturalmente compartilhada e atualmente facilitada por uma diversidade de aparelhos portáteis, como celulares. Dessa forma contribuiu ainda mais para o envolvimento das mães na produção de informações importantes, constituindo um instrumento motivador a interações, conversações e observações constantes junto às participantes.

#### **4. CONSTRUÇÃO INTERPRETATIVA DAS INFORMAÇÕES**

Ao longo do processo da construção de informações a partir das interações com as colaboradoras do estudo em seus contextos de vida e da produção de indicadores, foram realizadas discussões de acordo com proposta de Gonzalez Rey (2002,2005), por sua vez apoiadas sob o referencial teórico utilizado, buscando contemplar os objetivos do estudo.

Faz-se necessário colocar-nos inicialmente dois pontos. O primeiro está relacionado com a forma como se constituiu o grupo de mães, ou seja, mães de recém-nascidos. Nessa fase inicial, em que mães e bebês estão em processo de adaptação mútua, a percepção de competência materna está, de acordo com Souza e Pires (2003), relacionada com a prestação de cuidados ao bebê. Dessa forma, iremos considerar que quando nos referimos à “capacidade para cuidar”, estamos também nos referindo à “capacidade em participar do desenvolvimento do bebê”. Lembrando que para esses autores, a percepção de competência materna pode ser definida como a capacidade que a mãe tem de perceber e corresponder às necessidades da criança.

O segundo ponto é que estas mães estavam também em processo de constituição de seu próprio sentimento de capacidade para cuidar e participar do desenvolvimento desse filho. O que pudemos observar, então, foi parte de um processo que não tem início apenas quando o bebê nasce. Como admite Brazelton (1992), esse imaginário da mãe vem sendo construído desde suas relações com os próprios pais, a imagem que tem do bebê mesmo antes de nascer, suas expectativas, desejos e representações, sendo perpassado por características pessoais e histórias de vida.

##### **4.1. Características pessoais, aspectos da história e das condições de vida das participantes**

As mães selecionadas para participar do estudo foram Joana e Tamara, de 23 e 30 anos, que eram mães pela primeira vez; Maura, que estava com 35 anos e tinha dois filhos; Cintia e Virgínia, de 29 e 37 anos, ambas com três filhos. Todas eram moradoras do Distrito Federal, sendo que uma morava no Plano Piloto de Brasília, num apartamento cedido por familiares; uma no Lago Sul, e as demais moravam em cidades satélites.

Interessante perceber que essas últimas moravam junto a outros familiares, senão na mesma casa, em construções agregadas a esta. A mãe que possuía a melhor condição econômica, também era a que tinha maior escolaridade, as demais tinham ensino médio completo.

A questão de ter mais de um filho ou ser mãe pela primeira vez apareceu nos relatos das mães revelando ser este um aspecto que perpassa, de maneiras diferenciadas, seus pensamentos, sentimentos e ações, como demonstrou Tamara ao falar sobre sentimentos de insegurança e medo de cuidar do bebê:

“Isso é desde o início, porque...é o meu primeiro filho!!! Foi uma experiência muito...é traumática! (...) Dizer para você que eu estou preparada para outra gravidez, não to não, nunca estive!”

Neste trecho, Tamara indica que o significado que atribui à experiência de sua maternidade é de trauma, mostrando claramente que sentia-se insegura e despreparada, o que neste momento, relacionou ao fato de ser mãe pela primeira vez.

Diferentemente, o fato de ser o primeiro filho não foi considerado por Joana como um aspecto que lhe fazia sentir insegurança. Ela considerou que ter outros filhos ajuda as mães a sentirem-se mais segurança nos cuidados com os bebês, mas não quando estes são prematuros, pois a partir de seu convívio no grupo de companheiras que esperavam a alta dos filhos, observou que todas as mães de prematuros sentiam insegurança em vista dessa fala

“Algumas tem outros filhos, outras não tem, as que tem, não tem medo, as outras todas são inseguras (...) mas se é mãe de prematuro todas ficam com insegurança. Não sei se é porque acham que o bebê é frágil por saúde mesmo ou por insegurança, não sei.”

Essa idéia foi reforçada por Cintia, que apesar de ter três filhos revelou que, às vezes, se sentia “mãe de primeira viagem”.

O fato de ser mãe de outro filho apareceu como um facilitador de sentimentos de segurança, quando este filho era também prematuro, como admitiu uma das mães do quarto

107:

“No início era muito difícil (...). Meu primeiro filho foi prematuro e minha experiência com ele me ajudou a não ter tanto medo de cuidar, como dar banho (...).”

Duas participantes da pesquisa consideraram ser um aspecto positivo o fato de terem em seu convívio social, pessoas que foram bebês prematuros. Joana citou o caso de um primo e Cintia o caso do marido e de um primo que nasceram com sete meses. No entanto, apenas Joana acreditava que ter conhecidos prematuros possuía ligação com as expectativas positivas que tinha em relação ao desenvolvimento de sua filha. Ao contrário, Cintia afirmou que nos momentos mais difíceis, de maior insegurança, a tendência era a de nunca “lembrar dos pontos positivos” (por exemplo, o caso do marido e primo que foram prematuros), mas só os negativos. Essa tendência de Cintia, em enfatizar os pontos negativos em detrimento dos positivos, pode ter contribuído para o fato de um mesmo evento - apresentar conhecidos que foram prematuros – ter assumido um sentido diferente para ela.

Como dissemos, além de Joana demonstrar uma tendência em manifestar expectativas positivas quanto ao desenvolvimento da filha, mostrava também uma disposição para analisar e compreender processos e informações ligadas aos cuidados com os bebês, por exemplo, observando outras mães. Em um episódio quando Maura falou sobre a importância do “método canguru”<sup>5</sup>, ela permaneceu quieta, olhando para a companheira, quase sem piscar. Isso nos faz acreditar que nesse momento de vida, mesmo sendo mãe pela primeira vez, Joana estava aberta à aprendizagens sobre os cuidados, procurando atentar não apenas para instruções recebidas mas também observar as companheiras e trocar experiências, além de ousar em tentativas próprias na atuação com a filha, refletindo sobre aquilo que fazia. Essa forma de agir pôde ser percebida por exemplo durante um episódio em que Joana falou sobre um dia que tinha tentado amamentar a filha. Contou, dando risadas, que quando colocava o peito na boca da bebê ela fechava e que quando tirava o peito, ela abria a boca:

---

<sup>5</sup> “Método Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado a seus recém nascidos” (Oliveira, Lessa e Marinho, 2004).

“Parece que ela fazia isto de propósito (disse rindo), aí eu fazia assim: quando ela ficava um pouco de boca aberta, eu enfiava o peito na boca dela (riu).”

Disse que não sabia ao certo se a filha havia sugado ou se tinha apenas “abocanhado a auréola do peito”, explicando que tinha que ser assim conforme as orientações que recebeu. Disse também que apesar de seu peito não cobrir o nariz da filha, mesmo assim o puxava um pouco com o dedo (mostrou com gestos, como fazia isso), para que ele não impedisse a criança de respirar, explicou, pois sua filha tinha acabado de sair do oxigênio. Esse relato mostra que Joana tentava encontrar melhores maneiras de amamentar a filha, utilizando para isso conhecimentos prévios, no caso as informações recebidas sobre amamentação e seus próprios recursos, como observação do comportamento da filha e da posição do peito. Pareceu apresentar uma atitude relacional com a bebê, ativa, reflexiva e ainda com um sutil ingrediente a mais que deixou transparecer no relato: um certo prazer descontraído durante essa interação, quando achava graça dos comportamentos da filha de fechar e abrir a boca como se fossem, para ela, uma espécie de brincadeira entre ela e a bebê. A forma como descreveu tal interação, sugeriu que esta apresentava uma espécie de potencial para que outras interações ocorressem.

Isso nos remete a Winnicott (1994, p.87-89) quando propôs que “são as inúmeras falhas, seguidas pelo tipo de cuidados que as corrigem, que acabam por constituir a comunicação do amor, assentada sobre o fato de haver ali um ser humano que se preocupa (...). Há também as brincadeiras. Não me refiro a diversões e jogos, ou a anedotas. A interação da mãe com seu bebê resulta em uma área que poderíamos chamar de território comum, a terra de ninguém que na verdade é de cada um, o local onde se oculta o mistério, o espaço potencial que pode se transformar em símbolo da confiança e da união entre o bebê e a mãe, uma união que não envolve a interpretação. Portanto não se pode esquecer das brincadeiras, onde nascem a afeição e o prazer pela experiência”.

Cabe citar que nesse episódio, Joana poderia ter dado outro significado aos comportamentos da filha, como achar que não estava sendo capaz de amamentá-la adequadamente. Para Brazelton (1992) é importante na vinculação entre mãe e bebê, também as características do próprio bebê (como à sua forma de responder às tentativas de comunicação da mãe) às quais a mãe também atribui significados.

Tamara, por sua vez, atribuiu, também às características do seu filho, o fato de sentir maior medo e dificuldade em prestar-lhe cuidados. Em relação ao filho da amiga de quarto, disse:

“(...) no meu (...) já foi um pouquinho mais complicado porque o neném, eu pegava na cabecinha dele, era mole, eu morria de medo! O dela já era firme! No meu, até nas costas, dele era ainda molezinho (...) então eu tinha medo de quebrar o neném, sabe? Eu tinha medo de tudo, eu tinha medo de pegar nele, (...) porque eu não tenho jeito de mexer com ele, né?”

É importante citar também o caso de outra mãe que permaneceu no alojamento conjunto, mas não fez parte do grupo de participantes da pesquisa. Isso porque apesar de jovem, estar longe da família e nunca ter tido outra experiência materna, também forneceu pistas para nossa interpretação de que certas características pessoais, como crença na capacidade de aprender e de cuidar, as experiências vividas e do próprio contexto, como a presença de redes de apoio (questão que discutiremos com mais atenção mais adiante, dada a relevância que se mostrou no processo estudado) parecem estar bastante relacionados na maneira como as mães atuam e se vêem nessa atuação com os filhos. Na fala a seguir, a mãe deu um sentido positivo à experiência vivida e à forma como atuava junto ao bebê, sentindo segurança em si mesma, atribuindo ainda a esse sentimento, o papel de redes das apoio presentes no hospital:

“Assim, eu sou nova, eu tenho vinte 24 anos, eu nunca tive experiência de ser mãe...e até hoje eu cuido muito bem da minha filha, eu sempre fiquei do lado dela, sofri muito mas valeu a pena, está valendo (...). O que eu pude fazer por ela e o que eu posso fazer por ela eu faço! (...) De sentir insegura, não tem nada (...) porque sempre encontrei gente pra me apoiar, ficar do lado, me dando força...desde o início, no hospital (...).

O que podemos dizer é que o fato de ser ou não mãe pela primeira vez participa de processos de subjetivação com relação à maternagem e ao próprio bebê, junto a uma série de outros aspectos presentes na vida e imaginário dessas pessoas. Todas as participantes que tinham outros filhos, por exemplo, fizeram comparações entre eles e o bebê, indicando que o conhecimento do bebê, a identificação com ele, a maneira de perceber suas diferenças

e necessidades, de lhe atribuir características, o impacto de vê-lo, e até mesmo a vinculação afetiva, podiam ligar-se também às experiências vividas com outros filhos, como sugerem as falas a seguir:

“Percebi que meu filho era diferente dos outros dois. O mais velho, com seis meses já pesava seis quilos e o outro, cinco quilos neste período.”  
(Virgínia)

“O meu filho nasceu com quase quatro quilos e minha filha a mesma coisa! De repente aquele trem mirrado! De um quilo, trezentos e quinze, que cabia na palma da mão (...).” (Cintia)

“Ele tem gênio igual ao irmão, chorão igualzinho!” (Maura)

Como defende Martins (2001), um mesmo evento então, pode ser de risco ou proteção, dependendo da situação em que está inserido, do sentido que o indivíduo atribui à sua experiência e como atua diante dele. Dessa forma, características como ter mais filhos ou conhecer outras pessoas que nasceram prematuras, não implica necessariamente, que as mães sentirão mais segurança. Ao mesmo tempo as mães “de primeira viagem” podem demonstrar sentimento de capacidade e segurança, como vimos, mesmo sem experiências anteriores. Isso também acontece com outras características como nível escolar e econômico.

Baixos níveis econômicos e de escolaridade dos pais são comumente apontados como aspectos que influenciam negativamente o contexto de desenvolvimento das crianças. Por outro lado, estudos recentes sobre desenvolvimento humano têm indicado a necessidade de compreender esse processo de uma forma sistêmica, a partir de uma visão complexa da realidade em detrimento de modelos de causa e efeito. A limitação no número de variáveis em estudos dessa natureza, pode comprometer a compreensão do fenômeno estudado (Polônia e cols, 2005; Dessen e Braz, 2005).

Trabalhos como o de Linhares (2003), por exemplo, contribuem para a desmistificação de que existe necessariamente uma relação direta entre baixa escolaridade e nível sócio econômico e problemas no desenvolvimento das crianças.

Para a psicóloga que coordena o programa de acompanhamento do desenvolvimento de bebês de risco no hospital, quando o nível acadêmico das mães é alto, elas parecem ter

mais dificuldades em aceitar a diferença do filho, e também maior tendência em procurar serviços terceirizados, deixando os filhos sob os cuidados com outras pessoas.

Virgínia, a participante que possuía maior escolaridade e estabilidade financeira (a única com ensino superior completo e pós graduação; as demais tinham ensino médio completo), mostrou uma tendência bastante elevada com relação às outras mães, em procurar informações sobre a diferença ou a prematuridade do filho, citando em muitas conversações que havia pesquisado muito na internet sobre isso, demonstrando que essa era uma das suas principais preocupações depois de receber alta do hospital.

Outro aspecto chamou a atenção no caso de Virgínia e que ela mesma interpretou como ligado ao fato dela apresentar uma situação econômica estável: foi a única mãe dentre as participantes do estudo, a ser encaminhada por um dos médicos do ambulatório, a levar o filho numa clínica particular para a realização de sessões sistemáticas de fisioterapia, psicologia e estimulação precoce. Contou-nos espantada que após avaliarem o bebê, disseram que esses atendimentos iriam custar-lhes três dias da semana e um montante de quase dois mil reais mensais, levando-a a considerar que além de tais atendimentos serem incompatíveis com suas possibilidades, talvez não fossem tão necessários da forma como foram planejados. Isso indica que apesar de Virgínia valorizar informações “técnico-científicas”, o que pode estar relacionado com um “perfil escolarizado”, não desenvolveu uma crença de que o filho necessitasse de uma bateria de atendimentos especializados para se desenvolver adequadamente. Considerou que apesar de querer voltar a estudar e trabalhar, ou seja, retornar a projetos pessoais de vida, independentes dos filhos, iria continuar em casa para poder ficar junto do bebê. Isso mostra, por um lado, a crença na importância de seu papel no desenvolvimento do filho e por outro, condições para ficar junto com ele, em casa.

Para Winnicott (1994), “a adaptação às necessidades do bebê só pode ser suficientemente bem feita pela mãe que, temporariamente, se dedica por completo aos cuidados para com o seu bebê. Não se trata de algo que pode ser feito através de esforços deliberados ou do estudo de livros.”(p.74)

Não poder ficar com o filho em casa pela necessidade de trabalhar foi mais um motivo apontado por Tamara para sentir-se despreparada e limitada no desenvolvimento de suas competências como mãe:

“(...) dizer pra você que eu estou preparada (...), não estou não, nunca estive (...).Eu estou me descobrindo com relação à ele, né. Infelizmente eu não posso estar me descobrindo mais, porque eu tenho o mínimo de tempo pra ficar com ele (...). Antes eu tinha, eu ficava o dia todo com ele, num queria saber... se tava chorando, a panela tava queimando, eu desligava e deixava a panela... Hoje é diferente, hoje eu trabalho o dia todo, ele tem pra mim, as quatro horas dele, se ele estiver disponível... do contrário ele dorme, acabou!

Isso mostra também os conflitos das mães diante de suas inúmeras funções e responsabilidades. Tamara, num mesmo trecho, fala de sua luta para tentar conciliar as atividades que envolvem a casa, o emprego e o bebê, enfatizando a falta de tempo para estar e aprender com ele.

Mais adiante, nesta mesma conversa, Tamara se contradiz, e indica que mais significativo para ela do que a falta de tempo para cuidar, era a maneira como sentia insegurança na sua capacidade de prestar atenção ao bebê, uma vez que na consulta com o pediatra, foi identificado um problema de vista do qual ela não havia se apercebido. Ela mostra cobrar de si mesma ter identificado isso na convivência diária com seu bebê. Ela disse:

“Meu nenê hoje... O fato de hoje ele não visualiza, olho no olho... Falta de atenção minha! Por que? Eu deveria ter prestado atenção, mas como é que você presta atenção numa coisa se você está sozinha com ele? Eu estou com ele, eu dou atenção a ele, ele dá atenção a mim, só tem a gente dentro de casa, a quem mais ele vai dar atenção? Então eu nunca percebi isso. Pode ter sido uma falta de atenção, o pai já percebeu... por que, porque ele passa um tempo fora de casa...”

Cabe atestar que nesta consulta, o sentimento de incapacidade da mãe parece ter sido reforçado pela profissional, quando disse a Tamara que ela não tinha percebido o problema da criança, e o pai sim.

Os relatos das mães sobre características de suas condições de vida, como suas moradias, também forneceram informações interessantes, por exemplo, sobre as relações com o marido e outros familiares.

Tamara contou que morava com o bebê numa casa construída em cima da casa da irmã, no mesmo lote, dizendo que sua irmã a ajudava em tudo, principalmente nos cuidados com o bebê. Disse que o marido morava junto com os pais e esporadicamente permanecia com ela e o bebê na mesma casa. Isso indica uma interação mais sistemática com a irmã em relação ao marido, no tocante a ajuda nos cuidados com o filho, no ambiente familiar.

Maura morava com seu bebê e seu outro filho, num cômodo junto a casa da mãe. Contou que a mãe havia construído esse cômodo para eles e que naquele momento em que tinha se separado do pai do bebê e estava desempregada, sua situação estava muito difícil, porque além de não ter “dinheiro pra nada”, para se arrumar, para o gás, para comprar as coisas que o filho mais velho pedia, sua mãe lhe cobrava muito: tinha que limpar toda a casa de manhã, fazer o almoço e a tarde trabalhar numa lojinha de bolsas, também aberta pela mãe. Tudo isso, além de cuidar do bebê. Disse que a contribuição do pai da criança “mal dava” para comprar o leite, repetindo em todas as conversações após a alta, que sua situação estava muito difícil. Disse que precisava urgente arrumar um emprego, que preocupava-se em deixar o bebê com outra pessoa, mas diferente de Tamara, não atribuía a isso um fator de dificuldades na relação e cuidados com o bebê. Esse contexto contribuía para seus relatos constantes de ansiedade.

Cintia em vários momentos também relatava momentos difíceis, envolvendo dificuldades financeiras e conflitos familiares. O apartamento em que morava com o marido e os três filhos era cedido por familiares, que constantemente ameaçavam de despejá-la. Comentou até mesmo que, quando engravidou, parte da família considerou que era uma gravidez proposital, para que forçasse sua permanência no imóvel. O fato de ser filha de um relacionamento do pai fora do casamento, gerava conflitos entre esses familiares, sobretudo porque o pai de Cintia, como um grande aliado, auxiliava-lhe em todas as questões, afetivas e financeiras, desde que sua mãe havia falecido há um ano e meio. Durante nossos encontros, ela descreveu uma trajetória de vida marcada por conflitos e também perdas, que nitidamente relaciona-se a uma série de colocações suas com relação à gravidez, à equipe, ao grupo de mães, à permanência no hospital e à interação com a filha. Além de ter perdido a mãe, que para ela era seu principal apoio, teve várias crises no casamento. A separação mais importante foi quando o marido saiu de casa, momento em que entrou em depressão e em seguida também os filhos, que passaram a ter problemas na

escola, desenvolvendo até mesmo crises de anorexia, sendo por isso, encaminhados pela professora a um psicólogo, que também a atendeu, segundo ela. Contou que nesse período difícil, os parentes não vinham perguntar-lhe se precisava de algo e que se não fosse a ajuda do pai e do próprio marido, teria passado fome. A gravidez aconteceu num momento de conciliação com o marido, e muitos de sua família a recriminavam por isso. Para ela, todos torciam contra sua gravidez. Esse panorama, sugeriu que Cintia possuía um frágil apoio familiar, representado pelo pai e o marido. Quando recebeu alta do hospital, Cintia sofreu mais uma perda, o falecimento do pai, o que para ela, teve muito impacto na sua relação com a filha, porque segundo ela, seu leite secou e a filha percebia seu estresse e depressão. Estar deprimida pode relacionar-se a uma tendência da mãe a ter dificuldades no que está fazendo (Winnicott, 1994).

Um aspecto que marcou muito o caso de Joana foram as relações familiares, a começar pelo número de moradores numa mesma casa: dez ao todo. A casa era dos sogros de Joana e, apesar de simples, parecia ter uma característica peculiar de “acolhimento social”, no sentido de que estava sempre cheia, com pessoas de todas as idades circulando e interagindo, caracterizando-se como uma típica comunidade em que pudemos perceber em visitas, inúmeras relações como ajudas mútuas, organização do trabalho e como não poderia deixar de ser, também pequenos conflitos que acabavam se resolvendo no desenrolar cotidiano. Nos fins de semana era comum acontecerem festas ou comemorações, quando recebiam ainda mais familiares e amigos. O número de moradores, que poderia ser tomado como um aspecto desfavorável, por indicar nível sócio econômico baixo (já que a casa tinha apenas um banheiro e poucos eletrodomésticos por exemplo), na verdade pareceu funcionar como um verdadeiro batalhão de apoio à mãe nos cuidados e atenção ao bebê, podendo ser considerado nesse caso, como um “fator protetor” para o desenvolvimento, lembrando que Vigotski (1991) destacou o papel da coletividade no desenvolvimento humano. Dessa forma Joana pareceu participar de uma rede fortalecida de significados sociais de sua comunidade, o que pode ter tido relação com sua forma aparentemente resistente que à cultura médica que tentava se impor.

Pudemos constatar assim, após essa análise das condições de vida das mães e bebês, que o turbilhão de sensações vivenciadas pelas mães durante a chegada de um filho

premature, não está desatrelado de seus contextos de vida, pois é a partir deles que elas dão sentido às experiências vividas.

Para Winnicott (1994, p.80), “há de fato, uma diferença muito grande em ter nascido filho de um beduíno que vive nas areias escaldantes, de um prisioneiro político na Sibéria ou da esposa de um comerciante da úmida, porém bela parte ocidental da Inglaterra. Posso ser uma pessoa convencionalmente suburbana, ou um bastardo. Posso também, ser filho único, ou o terceiro de uma série de quatro meninos. Tudo isso tem importância (...)”.

Vimos por exemplo, que ser mãe pela primeira vez foi mais um fato presente na vida de Tamara, que a fez sentir mais medo e insegurança, por achar que era menos experiente. Por seu lado, Cintia, que tinha mais dois filhos, sentiu-se “mãe de primeira viagem”. Disso, podemos perceber que as experiências vividas pelas mães e os aspectos de suas histórias de vida, não repercutem de maneira direta sobre seus pensamentos, sentimentos e ações, mas dependem das características pessoais do indivíduo e das inúmeras possibilidades de construção de significados, por sua vez ligados a condições históricas, sociais e culturais.

A constante observação e troca de idéias sobre aspectos de suas relações e condições sociais forneceram indicadores sobre processos de vinculação com o bebê e constituição de sua “maternagem”, embora haja uma série de outros aspectos subjetivos que participam desses processos, como suas crenças, expectativas e representações, como dissemos inicialmente.

#### **4.2. A gravidez idealizada e os primeiros vínculos afetivos**

Atrever-se a compreender, mesmo que apenas uma ínfima parte do imaginário de seres humanos, implica num exercício constante de transpor limites de tempo e espaço, um passeio por histórias concretas e imaginadas, lembranças e expectativas, construídas por cada indivíduo. Uma aventura que perpassa também o desafio de não deixar pra trás o papel histórico cultural, nessa constituição dos sujeitos. Não poderíamos deixar de mencionar este aspecto histórico, por constituir-se também pano de fundo às maneiras como as mães idealizam a gravidez, os filhos e a si mesmas no papel materno e como sentem que correspondem a essa imagem de “mãe” construída socialmente.

Como lembra Badinter (1985), a mulher, acima da esfera propriamente animal, é um ser histórico, portanto dotado da capacidade de simbolizar. Esse ser de desejo é sempre particular e diferente de todos os outros. Para a autora, “os valores de uma sociedade são por vezes tão imperiosos que têm um peso incalculável sobre os nossos desejos (...). O desejo de ter um filho é complexo, difícil de precisar e de isolar de toda uma rede de fatores psicológicos e sociais” (p.16). Da mesma forma, ela sugere que a moral, os valores sociais ou religiosos podem ser fatores poderosos que leva a mulher a cumprir seus “deveres maternos”, ou seja, os cuidados com a criança. Ao citar Ariès, a autora considera que a partir do século XVII, os adultos modificam sua concepção de infância e lhe concedem uma atenção nova, diferente da medieval. Em meados do séc. XVIII acontece para a autora, uma espécie de revolução das mentalidades com respeito à imagem da mãe, de seu papel e de sua importância e passa a surgir uma série de publicações recomendando que as mães cuidem e alimentem pessoalmente os filhos, citando a publicação de *Émile*, em 1762, por Rousseau, o que para a autora dá impulso à família moderna, fundada no amor materno. A exaltação da maternidade e responsabilidade parental acentua-se no século XIX e no século XX, alcança seu apogeu, segundo Badinter (1985) graças à psicanálise. Pouco a pouco, a mulher terá suas responsabilidades cada vez mais ampliadas, pois os cuidados e os carinhos da mãe passam a ser fatores insubstituíveis de sobrevivência e conforto dos bebês. A saúde do bebê tornou-se objeto principal da preocupação da mãe moderna. “A nova mãe, que se sente responsável pela saúde do filho, não oculta sua ansiedade e pede mais conselhos e ajuda ao médico. A presença desse novo personagem no seio da família se faz sentir cada vez mais (...). Quer esteja em boa saúde ou doente, ela deve permanecer vigilante (..) e eis que se sente culpada do maior dos crimes maternos: a negligência (...). Não amar os filhos tornou-se um crime sem perdão. A boa mãe é terna ou não é uma boa mãe.” (p. 210-211).

A partir do século XIX, portanto, a mãe adquire uma importância e um dever que jamais tivera. Porém, apesar da maternidade passar a ser impregnada de ideal, subsistem grandes diferenças entre as atitudes das mães e a chegada de um filho à família é vivida diferentemente pelas mulheres. Quando têm ambições profissionais ou intelectuais, por exemplo, e meios para realizá-las, uma mulher é menos tentada a investir tempo e energia na criação de filhos. “Alguma coisa, portanto, mudara profundamente: as mulheres se

sentiam cada vez mais responsáveis pelos filhos. Assim, quando não podiam assumir seu dever, consideravam-se culpadas”. (p. 235).

Essa profunda mudança de mentalidade teve, para Badinter (1985, p. 255), dois tipos de conseqüências. Permitiu a muitas mulheres viver sua maternidade com alegria e orgulho mas por outro lado, “sob o signo da culpa e frustração.”

Estudando a evolução das atitudes maternas em relação à maternidade, a autora considera que a partir da segunda metade do século XX, as mulheres passaram a pleitear dos pais das crianças uma divisão eqüitativa não só dos prazeres como também encargos, angústias e os sacrifícios da maternagem. Neste século, parece que há uma tendência a estender para outros membros da família como os irmãos, esses cuidados.

“Ao se percorrer a história das atitudes maternas (...) não encontramos nenhuma conduta universal ou necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições ou frustrações.(...). Tudo depende da mãe, de sua história e da História. Não, não há uma lei universal nessa matéria, que escapa do determinismo natural.” (p.367).

De fato, durante a pesquisa, pudemos perceber que os sentimentos revelados pelas mães com relação ao período da gravidez, ligaram-se a seus sonhos, necessidades, momentos vividos por exemplo no casamento, à crenças e à forma como transcorreu a própria gravidez. Percebemos uma tendência das mães em mencionar um dever de cuidar dos filhos, sobretudo de sua saúde, que pode estar ligado também a uma concepção histórica de dever materno, como aponta Badinter (1985). De qualquer forma, podemos dizer que as mães não só viveram esse período de maneiras diferenciadas, dando a ele significados diversos, mas esses processos permearam também seus vínculos com os bebês, configurando possibilidades para certos tipos de relações com eles e com sua própria maternagem.

Na entrevista inicial, Joana admitiu:

“A gravidez não foi planejada, mas eu fiquei muito feliz!”

“Eu queria muito ter um filho”

Com isso, indicou que desde a gravidez, seu bebê era muito bem vindo e “querido” por ela. No entanto, numa fala mais adiante, afirmou que suas primeiras interações ainda na

gravidez, só começaram a partir do momento em que ela fez um exame e soube que era uma menina, momento em que passou a conversar com a criança quando ainda na sua barriga:

“Eu só vim a falar com ela quando soube que era menina”

Isso indicou por outro lado, que seu desejo de ter um filho era permeado por mais um ingrediente: ser do sexo feminino. O fato de ter-se concretizado esse desejo ao ver o exame, pareceu ter relação com o que pode ter sido o início de uma vinculação afetiva, desde a gravidez.

Durante a pesquisa, Joana também fez referências a momentos vivenciados antes da gravidez, que sugerem tal vinculação afetiva precoce. Na segunda visita a sua casa, Joana pegou uma das fotos (Anexo 4.1.) com bastante delicadeza, olhando-a atentamente, enquanto seus olhos e sorriso pareciam auxiliar o que suas palavras não conseguiam expressar. Tinham um brilho sem igual, enquanto ela parecia estar revivendo não só o momento do exame, mas a emoção que sentiu e tudo o que aquele momento havia significado para ela. Nesse momento, ela disse:

“Fiquei muito emocionada quando vi minha filha na barriga!”

Em outro encontro de conversação, perguntei para Joana o que ela se lembrava dos primeiros momentos com a filha. Ela virou muito naturalmente e para minha surpresa, perguntou se podia ser desde a barriga, contando que:

“(...) ficava conversando com ela, cantava, sabe, dava bronca (...), quando eu falava com ela, ela chutava, fazendo onda na barriga...”

Podemos inferir também que durante a gravidez, Joana já idealizava a filha, em aspectos físicos, cognitivos e até de temperamento, o que fazia com que estabelecesse relações com essa criança, idealizando também a si mesma no papel de mãe. Isso aparece quando fez considerações como:

“Eu já tinha pensado nome já, eu imaginava assim, a aparência dela, que ela ia ser assim, loirinha, bem magrinha, cabelo bem fininho, bem mimadinha (riu nesse momento)”.

“...eu pensava como se ela fosse eu...e, inteligente que nem o pai dela...”

“...antes dela nascer eu já pensava... (referindo-se à preocupação com a educação da filha, com os cuidados com ela) (...). Um dia eu vi um menino chamar a mãe de anta e pensei, se um dia ela fizer isso comigo vai levar uma surra...agora ela pode, agora ela pode...”

Essas considerações sugerem que Joana já se percebia ou construía uma imagem de si como uma mãe capaz de educar a filha, ponderando até sobre utilização de estratégias que considerava serem necessárias na educação dela. O fato da menina ter nascido prematura, fez com que Joana repensasse essas práticas educativas, mas não afetou uma percepção positiva de si como mãe, que vinha construindo desde a gravidez.

Características da mãe como o sofrimento pela perda do bebê idealizado (Brazelton, 1992), podem no entanto, afetar essa imagem e prejudicar uma vinculação segura com o bebê, como no caso de Tamara. Tanto o vínculo com o filho como a posição em que se colocava para cuidar dele, indicaram fragilidade. Nos relatos a seguir, Tamara sugere que houve um distanciamento entre seus desejos e a maneira como se deu a gravidez e o nascimento do bebê:

“Quando soube da gravidez eu não me continha, em choro, em alegria, eu não acreditava, eu fiz três exames praticamente, eu não acreditava que tava grávida!”

“Eu não curtia a gravidez porque eu não sentia o bebê mexer! É muito difícil, porque quando eu senti ele mexer, foi no domingo, na segunda eu internei! Aí na sexta já tiraram! A primeira vez que eu senti, eu tocava, era como se fosse uma coisa do outro mundo pra mim...eu sentia ele mexendo na barriga, ele mexia, fazia aqueles bolinhos na barriga...era meu sonho ver!!! No dia que eu vi, no outro dia eu internei e na semana seguinte, eu já ganhei, né...”

(...) foi um balde de água fria porque quando eu cheguei que eu internei, que eles fizeram ecografia, e falaram o que estava acontecendo com o neném (não refere o nome do filho)... se o quadro do neném não mudar (...), o doutor falou: nós vamos ter que interromper a gravidez, e eu não

sabia o que era esse interromper a gravidez...eles vão tirar o meu filho? Eu vou ficar sem o meu filho? Eu não sabia! Aquilo foi um choque **muito** grande pra mim, porque eu não sentia nada...Como é que eles vão tirar a criança se ela ta bem, vamos dizer assim. Mas realmente ela não estava bem, né...”

“(...) quando eles tiraram o nenê, o doutor falou: Ih, é um rapaz forte, já ta chorando! Então assim, a minha vontade era, a minha gravidez...eu queria filmar...”

Nesta última fala, percebemos que mesmo depois que o bebê nasceu e foi considerado forte pelo médico, Tamara ainda estava presa à idealização de como iria transcorrer sua gravidez, mostrando-se decepcionada com o nascimento naquele momento, o que pareceu já ter implicações no estabelecimento de vínculo afetivo com o bebê.

Sentimentos de contrariedade quanto à idealização da gravidez e do bebê também puderam ser observados no caso de Virgínia, que tinha dois filhos homens. Confessou que esperava muito uma menina e que quando o ultra-som revelou ser um menino, chorou muito. Interessante perceber que, neste momento, a participante buscou o apoio de sua mãe, contando que telefonou para ela; e mostra na fala a seguir, que essa interação teve repercussão na forma como conseguiu superar sua decepção quanto ao “bebê real”:

“Falei pra ela... ela disse... não precisa ser assim... aí agora não...” (deu um sorriso e olhou afetivamente para o filho, em seu colo)

Outro aspecto que apareceu relacionado desde a gravidez aos desejos de Virgínia com relação ao bebê e sua vinculação com ele foi, curiosamente, a incerteza com relação à sua saúde, contando que passou a ficar muito preocupada com ele quando soube que seu marido era soropositivo. Isso a fez desejar muito não apenas que o bebê nascesse sem o vírus, mas pareceu ter contribuído para que passasse a desejar muito o próprio bebê, como indica, por exemplo, as falas:

“(...) eu queria que ele nascesse sem infecção...”

“Eu pedia muito a Deus por ele!”

“Eu queria muito ele!”

Características do momento vivido pelas mães, como instabilidade conjugal e financeira, também mostraram ter relação com o significado dado à gravidez e ao bebê.

Por seu lado, Cintia narrou muitas turbulências vividas no momento em que engravidou, dentre elas a separação do marido, de quem demonstrava uma profunda dependência não apenas afetiva, mas econômica. Como a gravidez aconteceu num momento de reaproximação conjugal, Cintia pareceu atribuir a ela uma oportunidade de reconstituição do casamento, a partir da vinculação afetiva entre o marido e o bebê (por sinal uma menina), o que passou a estimular desde o momento da gravidez:

“Durante a gravidez eu pensava (...) que ia ser uma oportunidade para meu marido cuidar... uma nova oportunidade...”

“Eu cantava muito na barriga, o pai também...beijava a barriga. Os filhos tinham um pouco de ciúmes”.

Após o nascimento, também observamos episódios interessantes, que nos possibilitam inferir que Cintia estimulava o vínculo entre o pai e a filha, como forma de garantir a presença do marido e fortalecer, indiretamente, a união conjugal. Quando iniciamos a pesquisa de campo e as primeiras conversações com Cintia, ela falava intensamente sobre essas relações conjugais, mostrando que isso era importante para ela naquele momento. Uma vez, quando o pai deixou de ir ao hospital porque estava gripado, a mãe, sentindo-se insegura com a sua ausência, disse-lhe que ele não gostava da bebê. Isso, como afirmou a própria participante, parece ter tido repercussões na maneira como o pai passou a se envolver com a filha.

“Ele sempre foi um pai presente, mas ele nunca foi muito de ficar babando...não sei se porque um dia eu virei pra ele e disse assim, ai amor, parece que você não gosta da I (disse o nome da filha). Ele tava gripado, a verdade seja dita, ele não podia vir passar gripe pro nenezinho da Maura que tava no quarto, não podia entrar na incubadora...no berçário, então ele não veio...eu comecei a ficar pau da vida! Só que hoje eu entendo! Sabe que a partir de então ele mudou!”

Ao falar sobre seus sentimentos na hora do nascimento, no momento de ver a criança pela primeira vez na incubadora, na hora de fazer o método mãe canguru (momentos importantes da relação e vínculo da mãe com o bebê), Cintia nunca deixava de se referir também ao marido. Na hora do nascimento, disse que sentiu uma mistura de sentimentos, dentre eles, que queria seu marido naquela hora. Parecia que a chegada do bebê assumia um duplo significado para Cintia, traria também, seu marido de volta.

Quando foi ver a filha na incubadora pela primeira vez, diz ter esperado pelo marido, porque tinha dificuldades para andar devido a cesária. Nesse momento, além de incentivar que o marido fosse com ela ver o bebê, pareceu querer que ele realmente se sensibilizasse com a situação, ao dizer que queria vê-lo chorando. Talvez acreditasse que dessa forma, se envolveria ainda mais com a filha e com ela também, como indicou em outra conversa ao dizer que o fato do marido ter visto a menina na UTI, pareceu tê-lo feito ficar mais atencioso e cuidadoso do que foi com os outros filhos. Vejamos um trecho do relato de Cintia quando descreveu o episódio da ida à incubadora pela primeira vez:

“(...)eu esperei meu marido (disse o nome do marido) chegar porque eu não tava conseguindo andar, ele foi me arrastando até a UTI (...). Ele falou: Eu não vou agüentar, eu vou chorar. Eu falei: Não amor, você tem que ser forte. Detalhe: Eu também queria ver ele chorando (riu), (...) ver aquele negão murchando.”

Quando falou do método canguru, também citou que:

“ele também fez pai canguru (...) foram coisas que se passaram que cada dia era uma vitória, uma nova conquista...tanto pra mim, quanto pra I (disse o nome da filha, como de costume), como pro pai dela.”

Pude observar também num dia que cheguei no quarto 107 em horário de visita, uma interação dos três: Cintia, o marido e a filha. Em meio às conversações, Cintia colocou a bebê no colo do pai, dizendo em tom descontraído que a filha era dele. Minutos depois, apresentou mais uma atitude em prol do vínculo entre o pai e a filha: disse que todos falavam que a menina se parecia com ele, momento em que o pai sorriu, satisfeito, olhando para a filha, que estava em seus braços. As fotos tiradas por Cintia no hospital, o que foi

estimulado pela pesquisadora, também indicaram uma valorização das interações entre o pai e o bebê (Anexo 4.6), que pareciam, de fato, cada vez mais fortalecidas.

Dessa forma, Cintia acreditava que:

“Deus tem um propósito na vida de cada um mesmo, houve esse propósito entre eu e o pai dela, primeiro para saber se nosso amor era realmente verdadeiro, porque não é qualquer um que fica (...) mais de um mês sem a esposa em casa, com dois filhos lá fora e um aqui dentro do jeito que estava. E coisas que realmente eu e ele vamo leva pro resto da vida! É esta cena de ver ela cheia de soro, fio no pé, sensor no pé...soro no umbigo...ela magrinha, ela nasceu com um, trezentos e quinze, ela perdeu, ela ficou com um trezentos e pouco...só osso e pele!, só osso!”

Fica evidente que ela acreditava que a gravidez e depois a própria filha era a possibilidade de reconstrução do vínculo entre ela e o marido, sugerindo ainda a crença de que a experiência da prematuridade vivida conjuntamente com o marido, havia fortalecido a relação entre os dois. Ao estudar o comportamento materno em situação de risco, Souza e Pires (2003) indicaram também que podem surgir laços matrimoniais fortalecidos.

O acompanhamento da relação entre Cintia, seu marido e o bebê, após a alta do hospital possibilitou perceber que com a participação de mais um evento na história de vida da família, a morte do avô materno, um processo de vinculação entre a criança e o pai, que já vinha sendo estimulado desde a gravidez, tomou ainda mais forma, quando a mãe, desta vez, afirmou que a menina não queria ficar mais em seu colo porque sentia que ela estava estressada, preferindo, segundo ela, ficar com o pai.

Diferente de Cintia, Maura nunca mencionou querer incentivar o vínculo entre seu filho e o pai da criança, com quem apresentava um relacionamento muito instável, tendo se separado dele pouco antes de finalizarmos a pesquisa de campo. Maura numa conversa, citou que nunca precisou dos pais para criar os filhos (lembrando que o pai do bebê não era pai do seu outro filho). Sugeriu uma crença em sua capacidade de educá-los e criá-los sozinha, a não ser pela questão econômica, cobrando a presença do pai do bebê neste sentido.

A limitação financeira foi citada desde o início da pesquisa como um problema para Maura, o que pareceu ter relação com a maneira como ela se referiu aos seus sonhos

durante a gravidez. Disse que sonhava em ver seu quarto pronto e as roupinhas do bebê, sugerindo, apesar da instabilidade material, um desejo de acolher, de receber o bebê da melhor forma. A idealização da gravidez apareceu como uma idealização das condições materiais para receber o bebê e também mostrando, ao mesmo tempo, muito medo de perdê-lo, como havia acontecido à dois anos atrás, quando teve um aborto espontâneo. Esse evento parecia ter-lhe marcado bastante, a ponto dela considerar que:

“(...) então eu não queria ter mais filho, não queria mesmo! Só queria ficar com o meu, de repente quando eu vi, tava grávida, então não foi planejado (...) eu não esperava essa gravidez, fiquei surpreendida, senti alegria, mas senti medo também.”

Com cinco meses, a gravidez foi considerada de risco porque sua pressão estava muito alta, aumentando ainda mais o medo que sentia:

“(...) porque...já ter perdido um e chegar a perder esse também, eu fiquei com muito medo”

Ao mesmo tempo em que aumentava seu medo, aumentava também um investimento de Maura no próprio controle emocional e auto cuidados em prol da criança, o que parecia relacionar-se com o início de suas interações, ainda na gravidez, com o bebê, como indica esse depoimento:

"Procurava me manter calma, o máximo que eu podia, cuidar da alimentação, dormir bem, conversar com ele..."

O fato de o bebê ter nascido prematuro e com outros problemas de saúde, somou-se a um quadro de insegurança já vivenciado por Maura antes do nascimento, o que fez com que ela passasse a demonstrar muita ansiedade com relação à saúde da criança. Isso porém, não impediu que ela construísse uma percepção positiva de que teria possibilidade de cuidar dele. Além de desejar pela vida do filho, pareceu ter um sentimento de dever materno de lutar por ele e uma crença de que ela teria papel importante em sua recuperação, junto com os médicos, como deixa claro neste trecho:

“Eu chorava muito, queria muito ver meu filho vivo, lutei com todas as minhas forças, muito pela vida do meu filho, to lutando até hoje, então, eu, eu determinei mesmo, que eu ia atrás de salvar o meu filho, junto com os médicos (...), pra sempre eu vou lutar pela vida dele. Não tem sido fácil pra mim, ele saiu do alto risco, foi pro médio risco, nisso ele adoeceu, voltou pra UTI, então tudo isso mexeu com a minha cabeça, eu tive alergia de estresse, entendeu. Fiquei muito mal, mas jamais eu desisti...eu não desisto, nem vou desistir.”

Perguntei-lhe a partir desse relato, “como é essa luta”?

“É pensar positivo, é ter determinação, é não deixar que as coisa ruim entre na sua cabeça! Meu filho tinha trombo no coração (...) que podia soltar e ele morrer!”

Essa resposta de Maura indicou que ela procurava também manter expectativas positivas tanto com relação à recuperação do filho, como também à sua “determinação”, que podia ser entendida como a sua capacidade de lutar, de se envolver no desenvolvimento do bebê. Lembremos que Badinter (1985) fala da constituição social de um dever materno de lutar pela saúde da criança em que os médicos passaram a ser seus aliados nessa “missão”.

Cintia também fez referência a ter tido essa atitude frente à situação de risco do bebê e indicou claramente uma ligação entre pensamento, sentimento e ação:

“(...) E tamo indo, cada dia melhorando mais um bocadinho, mais um bocadinho, mas volto a repetir, de vez em quando volta a insegurança sim! Eu sei que eu sou capaz, mas se eu der brecha para esses pensamentos...acho que não é só eu, todo mundo... medo a gente pode sentir, a gente não pode sentir pavor, porque aí domina a gente e a gente não vai pra lado nenhum!”

Assim, podemos dizer que o imaginário das mães com relação aos bebês e a si mesmas, vai se constituindo sensivelmente, de forma complexa, numa relação dialética em que transforma e é transformado por desejos, necessidades e interações sócio afetivas, por

sonhos e realidades, por sentimentos, atitudes e significados. O alcance desse imaginário (por exemplo, sua relação com a maneira como se darão os cuidados parentais e vínculos afetivos) e a forma como esse imaginário sofre os impactos das experiências vividas antes, durante e depois do nascimento, assume, como vimos percebendo, inúmeras possibilidades.

### **4.3. O impacto da chegada do filho prematuro e as redes de apoio: turbilhão de sentimentos e significados**

Pudemos perceber que o momento que antecede a hora de um parto prematuro, o momento do nascimento e a primeira visita ao bebê, são sempre marcados por uma mistura de sentimentos que envolvem principalmente medo e insegurança. No entanto, encontramos pequenas sutilezas nos depoimentos das mães, que indicam particularidades na forma de vivenciarem esses momentos e como estes tiveram impactos na maneira delas verem o bebê e a si mesmas nestas situações. Vejamos os relatos das participantes da pesquisa sobre os momentos que envolveram a hora do parto.

“Comecei a sentir muita insegurança quando a bolsa estourou (...). Uma gestação vai das 38, 40 semanas, a minha bebezinha tava com 29! Aí, passe insegurança! E fora que nessa hora a gente nunca lembra dos pontos positivos, só negativos (...). Será que meu filho vai resistir? (...) Meu bebê não tem peso, não vai aguentar...” (Cintia referindo-se aos dias que ficou internada tentando “segurar” a gravidez)

“Eu senti uma mistura de sentimento muito grande, medo, insegurança, quero meu pai, quero minha mãe, quero meu marido, e ao mesmo tempo você só tem a Deus, mais ninguém.” (Cintia falou isso emocionada, com lágrimas nos olhos sobre a hora do parto)

“Lembro que o médico que fez o parto falou: olha o cheiro de infecção, tá forte! E quando eu peguei e dei um beijinho nela, ela tava cheirando um cheiro de líquido que eu tava perdendo. (...). Na hora que eu vi aquele ratinho, eu disse: senhor, minha filha é sua, entrego em suas mãos, seja feita a sua vontade e não a minha... aí as lágrimas desceram... e eu beijei aquele cheirinho de infecção, tava forte!” (Cintia falando do parto e primeiro encontro com a filha)

Nesses relatos, Cintia indica que a maneira como vivenciou o parto, esteve ligada, de forma complexa, a maneiras como via a si mesma, a sua rede de apoio informal e o próprio bebê. Além de sentir uma espécie de desamparo ao não ter a família por perto, ela se percebia tendenciosa a ver mais os pontos negativos com relação à vida da criança, o que pode ter sido corroborado nesse momento, com o comentário do médico sobre o cheiro de infecção estar muito forte.

Virgínia também demonstrou medo, insegurança e preocupação com a saúde do filho quando chegou a hora do parto, ao relatar:

“Minha pressão subiu muito quando com 32 semanas, a médica disse que a placenta não estava funcionando bem e que aguardar o bebê não seria bom. (...) Quando o médico disse que teria que fazer o parto, eu pensei: Meu Deus, eu quero essa criança...por favor eu queria que ele nascesse sem infecção, eu tomei o remédio direitinho!”

No entanto, ela pareceu envolvida, antes de mais nada, a um desejo pela vida do bebê. Contou em várias conversas que pedia isso a Deus, antes, durante e depois do nascimento e que seus familiares, amigos e conhecidos da igreja também. Isso indica que Virgínia possuía uma rede de apoio informal que pode tê-la auxiliado a enfrentar o impacto da chegada prematura da criança. Lembrando que no caso de Cintia, ela acreditava que “todos torciam contra sua gravidez”.

Maura também mostrou sentir muito medo, não só em relação a sua própria vida mas principalmente pela vida do filho e uma espécie de dever de lutar por ele, que pareceu ter sido reforçado pelo médico durante o parto. Ao falar sobre o que sentiu nesse momento, disse:

“Ah, muito medo, eu tinha medo de morrer, de minha pressão, até o médico falou assim: Maura, vamos fazer fórceps porque se você não jogar força, seu filho pode até morrer. Aí eu fiquei desesperada, né (...), botei tanta força que meu filho nasceu... nasceu bem pequenininho...só que aí eu tive que fazer curetagem porque a placenta não saiu, nossa eu sofri muito!” (...)

Joana foi a única a considerar que ficou calma durante o parto, mas revelou que a partir de comentários que ouvia dos médicos, achou que o bebê tivesse morrido e ficou com medo de morrer também. O fato de Joana possuir um grande desejo de ter uma filha e a dúvida sobre as consequências da prematuridade para a vida do bebê, pode ter contribuído na emoção que ela descreveu durante o primeiro contato com a filha, que além de ter nascido viva, estava formada. Apesar da angústia envolvida no nascimento, Joana pareceu sentir uma certa satisfação no primeiro contato com a filha, após o parto.

“Fiquei calma, só fiquei achando assim, iche, o bebê já morreu, será que eu vou morrer, porque eu escutava eles falando: Ta perdendo sangue...Aí tava fazendo outro toque e eu escutei eles falando: Ta chutando, ta chutando, aí colocaram remédio na sonda, senti mais contração...aí...nasceu. Eu nem sabia que criança vivia tão pequena, tanto que eu nem sabia se ela tava completamente formada...Quando colocaram ela em cima de mim...eu comecei a chorar, fiquei muito emocionada!”  
(Joana)

Percebemos também que Joana fez referência mais de uma vez a ter ficado “emocionada” ao falar de episódios que envolviam a criança. A partir disso, podemos inferir a presença de afetividade na relação desde esse início do processo materno, o que não foi percebido de forma tão explícita nas demais participantes.

Tamara, que também era mãe pela primeira vez e queria muito ter um filho como Joana, não externalizou nenhuma emoção positiva ao falar do momento do nascimento do bebê, mesmo tendo contado que quando ele nasceu, o médico o considerou um menino forte por nascer chorando, como citamos no tópico anterior.

Ao descrever o medo que ela sentiu quando o médico lhe falou que precisava fazer o parto, pareceu que este sentimento não estava ligado apenas à preocupação com a vida do bebê em si, mas em perder a oportunidade de ver, de pegar a criança, ou seja, de realizar seu desejo de ser mãe, que a criança representava. Parecia um sentimento também mesclado a uma preocupação consigo mesma, de realização pessoal. Ela disse:

“(...) eu tinha medo de não tê-lo na minha mão, era só isso. Tive medo de não ver o rostinho dele... de não pegá-lo (...) eu só me calei, chorei.”

À medida que a hora do parto se aproximava, Tamara sentia ainda mais medo e desespero, ligados a uma série de outras preocupações e pensamentos, que a fez querer fugir literalmente da situação, conforme descreveu falando dos momentos que anteciparam sua ida a sala de cirurgia:

“Fiquei sem chão, né...não sabia o que fazer...o que pensar...não sabia com o que me preocupar, eu não chorava, só lágrimas caíam, né, e assim, é você querer voltar pro quarto e não poder..o médico te puxar pelo braço no corredor...o que aconteceu realmente...”

Ao falar, como mostra abaixo, do que sentiu durante o parto, Tamara referiu-se a um medo ligado à sua condição biológica e também social, ambas dependentes do outro, naquele momento. Destacou o medo da morte, do erro médico, a falta da mãe, a necessidade do apoio da irmã. Sentia insegurança ao considerar a complexidade e a incerteza envolvida naquela situação.

“(...) Aí assim, você se sente...eu me senti um nada! Eu não sei as outras mães que passaram por isso... Você pensa o quanto o ser humano ta na mão de uma pessoa que ta te cortando ali... a cada momento ele podia errar <sup>6</sup>(...). Quer dizer, tinha n coisas a acontecer (...). Eu ficava imaginando, meu Deus, eu vou morrer e ninguém vai ficar sabendo. Pensava na minha irmã (...). Pensava muito era na minha mãe (seu nariz escorre e o tom de voz muda), porque minha mãe morreu já faz onze anos... se a minha mãe estivesse aqui, ela estaria comigo! Né, mas em momento algum ela deixou de estar, né, nossa mãe sempre está do nosso lado!”

Com exceção de Virgínia, todas as participantes disseram sentir medo de morrer na hora do parto. Todas indicaram de alguma maneira, com mais ou menos intensidade, insegurança e medo com relação à vida do bebê.

---

<sup>6</sup> Winnicott (1994) acreditava que a coisa mais importante na preparação para o parto era a mãe conhecer a equipe que iria acompanhá-la, o que poderia para ele, favorecer um sentimento de confiança neles.

Foi interessante observar que as duas mães que pareciam ter uma rede de apoio informal mais frágil, composta por menos pessoas, ou seja, Cintia e Tamara, foram as que mencionaram necessidade do apoio delas na hora do parto. Podemos pensar que o medo e insegurança sentida pelas mães nas horas próximas e durante o parto as envolve em toda sua constituição psicológica como pessoa, com sua história, seus desejos, suas necessidades. Portanto, a maneira como vivenciaram e o que sentiram nesses momentos manteve relação com o que viveram e sentiram em outros contextos, momentos e relações.

Uma informação importante que surgiu a partir dos relatos de quatro, das cinco mães, foi o fato de serem influenciadas de alguma forma pelo o que ouviram dos médicos no momento do parto, por isso vale a pena retomar essas falas:

“Lembro que o médico que fez o parto falou: Olha o cheiro de infecção, tá forte! (Cintia)

“(…) até o médico falou assim: Maura, vamos fazer fórceps porque se você não jogar força, seu filho pode até morrer”. (Maura)

“ (..) eu escutava eles falando: Ta perdendo sangue...Aí tava fazendo outro toque e eu escutei eles falando: Ta chutando, ta chutando (...)” (Joana)

“(…) Você não vai sair do hospital sem seu bebê nos braços” (Tamara)

Após cada uma dessas falas, as mães citaram uma maneira de pensar, sentir ou atuar. No próximo tópico, voltaremos a essa questão do apoio formal da equipe médica às mães. De qualquer forma, pudemos ver que o impacto da chegada de um bebê prematuro é muito grande, e tudo o que envolve esse momento, ou seja, os acontecimentos e interações que surgem antes, durante e depois do parto, mexem com a estrutura psicológica da mãe. O nascimento de um bebê diferente do esperado pode trazer dificuldades no processo de desenvolvimento do apego e relação parental satisfatória com o bebê. Como afirma Brazelton (1992), ao momento do nascimento e às características do bebê, as mães mais uma vez atribuem significados pessoais.

Os primeiros contatos, vínculos e cuidados com os bebês também foram relatados por todas as mães como momentos muito difíceis, geralmente marcados por medo e uma busca de proteção frente ao sofrimento, em que elas procuraram de maneira geral, evitar de ir até à UTI neonatal, ver os filhos na incubadora.

As dinâmicas de relações, enfrentamento e aprendizagens das mães, apresentaram uma vez mais suas peculiaridades, que passaremos a discutir. Vejamos primeiramente os relatos de Cintia:

“O primeiro contato foi horrível, porque foi a primeira vez que eu fiquei nervosa com alguma coisa e que me deixou à beira...quando eu vi... aquele ratinho dentro da incubadora... foi no dia que ela nasceu, eu esperei meu marido (disse o nome dele), só que a gente não ficou nem cinco minutos! Porque... começou a me dar assim, um nervoso...meu Deus do céu! Eu comecei a suar, suar, suar (...) Ai que nervoso! Aí eu voltei pro quarto e toda a vez que ia lá eu passava mal.”

(...) A gente sabia o que podia acontecer, mas acho que é aquele impacto, sabe? De você ver... O meu filho nasceu com quase quatro quilos e minha filha a mesma coisa! De repente vem aquele trem mirrado de um quilo trezentos e quinze! Que cabia na palma da mão dele!”

Cintia revelou que a aparência do bebê, que comparou à dos outros filhos, foi responsável pelo impacto que teve quando o viu na incubadora, o que provavelmente repercutiu junto a outros fatores, na forma como ela mostrou nesse momento que o processo de estabelecimento de vínculo afetivo estava ainda em seus momentos iniciais. Podemos notar mais uma vez que Cintia fez referência entre a relação do bebê com o marido, como vimos discutindo, ao dizer na última frase do trecho anterior que a criança cabia na mão dele.

Tamara considerou que sua resistência em ir visitar o bebê na incubadora, tinha a ver não apenas com a aparência da criança em si, mas também aos aparelhos em que estava submetida. Ela sugeriu que a imagem do bebê prematuro na incubadora era muito diferente ou estranha à imagem do bebê que idealizava:

“No dia seguinte quando nós fomos no berçário, eu não quis, eu não queria ir realmente no berçário... Porque é muito feio (...), você ver um tubo no nariz... aquela toquinha na cabeça... é muito estranho (...), você ver a criança toda entubada, é estranho! (...)”

Mais adiante, ela admitiu que esse comportamento tinha ligação também com o fato dela mesma sentir que não sabia como lidar com um bebê prematuro:

“(...)Eu não queria ir ver porque eu tinha medo (...). Ele era tão pequenininho, tão pequenininho...e quando eu peguei ele pela primeira vez, eu não sabia como encostar nele! (...)

Essas sensações prejudicaram o estabelecimento de vínculos afetivos, e como Tamara parecia ter consciência disso, indicou durante a conversa, que desenvolveu também, sentimentos de culpa ao considerar que:

“(...) Demorou muito tempo, com certeza, demorou mais ou menos uns quinze dias ou mais...realmente demorou...para eu pegá-lo... (entonação de voz mudou, ficou mais baixo e mais lento). E demorou eu acredito que mais por causa da minha condição, porque quando a enfermeira disse que ia colocar nos meus braços, eu não quis pegar, eu não queria pegar um bebê (refere-se ao bebê de forma genérica, sem citar seu nome!) daquele tamanho! Eu realmente, eu não queria pegar, uma das coisas que me pôs muito medo foi isso! (...)”

Em outro momento da conversa, Tamara revela que além do sofrimento pela perda do bebê idealizado e o medo de não saber como cuidar de uma criança prematura, sentia insegurança com relação à vida do filho, o que a fazia afastar-se dele ainda mais e não se apegar, procurando se auto-proteger frente à possibilidade de sofrer novamente, como ela mesmo admitiu:

“(...) Assim, como era uma criança prematura e eu tinha visto uma criança prematura morrer, no hospital, né, o M (falou o nome do bebê), que resistiu durante um mês, e depois não resistiu e veio a óbito, isso me assustou, e como ele era prematuro e não resistiu, eu tinha medo que o meu não resistisse também. Aí era um dos medos que eu tinha também. Era como se eu não quisesse me apegar a ele! Eu não vou me apegar... porque eu não sei o que vai acontecer, então eu vou ficar mais... né... mais afastada. Como se eu não quisesse me aproximar! Mas o meu medo era muito grande.”

Ao falar sobre isso, Tamara pareceu ir compreendendo cada vez com maior clareza a sua própria resistência em estabelecer vínculos com o filho devido ao medo que sentia, o que sugere a importância da criação de espaços de escuta sensível e diálogos com essas mães. Neste trecho, ela relaciona esse medo não apenas à condição de prematuridade da criança, mas a um evento ocorrido no contexto, que para ela teve significância: o falecimento de uma criança prematura. Tudo isso parece ter implicado, como dissemos, na elaboração de um mecanismo de defesa, que pode explicar o fato dela não ter se referido ao filho pelo nome em nenhum momento durante as inúmeras conversas ao longo da pesquisa. Ao mesmo tempo, ela sempre mencionava os nomes dos bebês das amigas, referindo-se ao filho de forma genérica, usando termos como “um neném”, “uma criança”, “a criança”.

Como as demais participantes da pesquisa, Virgínia não quis ir à UTI ver seu bebê em certo momento quando ele estava muito mal. Ela revelou que nesse período, sentia uma imensa tristeza e depressão, em que não tinha forças para se alimentar e levantar da cama. Seus relatos sugeriram um medo mais intenso de perder o filho, que de sofrer com isso. Parecia que de certa forma, já havia criado um vínculo afetivo com ele.

“Um dia no hospital, eu fiquei muito mal devido ao estado de saúde do bebê, eu não queria comer, não tinha coragem de ir ver meu filho na incubadora da UTI. Um dia cheguei a desmaiar quando a médica disse que queria falar comigo, achando que o bebê tinha morrido” (Virgínia)

O mesmo aconteceu com Maura, que mesmo tendo mencionado sobre as características físicas do bebê e o fato de achá-lo diferente, o impacto de sua chegada girou mais em torno da exacerbação de sentimentos de preocupação com sua saúde e um dever de lutar por ele, assim como Virgínia, relatando também de maneira sutil, que em meio a tantos sentimentos contraditórios, havia uma pitada de alegria com sua chegada, como disse ao falar do primeiro contato visual, que pode ter sido a primeira interação com ele após o nascimento:

“Ele veio com o olhão aberto, me olhando com o olho arregalado (riu), fiquei olhando pra ele assim, ele ficou me olhando (...), eu nem cheguei a

pegar ele porque ele teve que ir pra incubadora (...). Achei ele bem diferente (...). Ah, fiquei feliz... fiquei preocupada...” (Maura)

Joana parecia, como dissemos em outro momento, estabelecer vínculos desde a gravidez com a filha, e mesmo no momento em que ela nasceu, descreveu ter ficado muito emocionada. Isso não impediu que ela também sofresse o impacto da chegada de uma filha prematura, que ela mesma considerou diferente e estranha da que idealizava. Ela, assim como Tamara, tinha clareza de sua dificuldade em aceitar o “bebê real” e ao mesmo tempo do medo de sofrer ainda mais, assumindo um comportamento de auto-proteção ao não querer ir ver a criança, no início, como fica evidente nesse trecho:

“Ela nasceu uma e meia da tarde, fui vê-la oito e meia da noite. Eu só ficava chorando, chorando....(...). Nossa, eu...eu fiquei tão em choque assim, eu fiquei assim, eu achei ela muito diferente do que eu pensava, achei ela muito estranhazinha...e também assim eu acho que... eu fiquei assim, com um pouco de rejeição, não sei... assim, eu acho que eu ficava com medo de sofrer mais, eu tava com tanto medo de sofrer que eu não queria vê-la ... (...) Eu não ficava com ela, eu só ia quando...era muito raro eu ir sozinha... (...)”.

Ela indica também no final dessa fala, o papel do apoio para que fosse ver e interagir com a filha na incubadora.

O turbilhão de sentimentos de medo, perda, rejeição, tristeza e desesperança, por vezes pareciam exacerbados por eventos como falta de clareza sobre a situação da criança, mudanças de procedimentos, piora do estado de saúde da criança, resultados desfavoráveis de exames, e no caso de Joana, como relatou abaixo, não poder ficar no hospital acompanhando o bebê:

“(…) Ela ficou oito dias lá em Planaltina, foi quando falaram pra mim que ela ia ser transferida, foi outro choque pra mim (...), aí eu chorei, chorei, chorei, aí outra médica me chamou e explicou que ela ia ser transferida porque aqui não tinha recurso, que prematuro não era problema, só que nasceu com baixo peso (...) Eu fiquei desesperada, porque também não tinha vaga pra mim, me mandou ir pra casa e pronto (...), fiquei com a cara

inchada de tanto chorar, nem dormia direito (...) Eu pensava assim, que ela (referindo-se a filha) ia se sentir abandonada, sem a mãe dela, acho que eu...assim acho que todo mundo que é mãe... tirar o filho assim... parece... é muito estranho.... até então eu não tinha muita esperança não, porque ela tava muito magrinha, ela foi pra seiscentas gramas e alguma coisa, o peso dela.”

Ao mesmo tempo, tais eventos surtiam também efeitos contrários, causando sentimentos contraditórios, como querer ficar próximo da criança e lutar por ela. Nesse trecho, Joana fala de sua crença de que a filha ia se sentir abandonada sem a mãe. Isso pode indicar duas coisas: que passado o primeiro impacto da chegada do bebê, ela, nesse momento, já estava se adaptando às suas necessidades e ao mesmo tempo desenvolvendo vínculos afetivos, por isso se preocupava e queria ficar perto dela também. Por outro lado, pode indicar a crença de Joana na existência de um dever materno universal de ter que ficar perto dos filhos, cuidando e lutando por eles, sentindo-se culpada se não agisse dessa maneira, o que para ela, significava “abandonar a filha”.

O fato é que todas as mães estranharam o aspecto do bebê prematuro, caracterizando-o como “muito pequeno”, “muito pequenininho”, “muito diferente”, “bem diferente”, “muito estranhozinho”, “trem mirrado”, “osso e pele” e até mesmo como um “ratinho”. Apenas duas mães pareciam ter sentimentos positivos, e mesmo assim muito timidamente, logo quando viram a criança depois do parto, uma disse; “fiquei feliz, fiquei preocupada”, sugerindo que essa felicidade era invadida pela insegurança ao mesmo tempo; e a outra disse apenas de forma genérica e não convincente: “fiquei emocionada”.

A aparência do bebê tornava-se mais assustadora para as mães devido aos aparelhos a que ficavam submetidos na UTI neonatal: tubos, sondas, fios e capacetes. Isso fazia com que elas tivessem medo de ir sozinhas na incubadora, ou que não quisessem ir, ou que passassem mal ao insistir nisso, como foi o caso de Cintia. Tinham de maneira geral, uma tendência em tentar evitar a situação de sofrimento que ir à incubadora proporcionava.

Com relação a como as mães se sentiam nas primeiras interações com os bebês, apareceram termos como: “foi horrível”, “não queria pegar um bebê daquele tamanho”, “fiquei com rejeição”, “fiquei tão em choque”, “não sabia como encostar nele”. Cintia identificou uma das fotos (Anexo 4.2) que havia produzido no hospital, como “o olhar de

uma mãe desesperada”, lembrando a partir dela, momentos difíceis que havia passado no berçário. Interessante perceber que algumas mães pareciam utilizar estratégias como esta, aparentemente como forma de expressar o que sentiam naquele momento. Nesse sentido, duas participantes utilizavam diários para registrar tudo o que acontecia.

No entanto, as mães indicaram que era sobretudo a participação de apoios formais e informais de pessoas da equipe médica, de companheiras de alojamento e até de outros funcionários, que amenizavam os sentimentos de medo, insegurança e culpa, sentidos por elas nestes momentos, auxiliando-as a compreenderem a situação, construir expectativas positivas e um enfrentamento da situação, a partir de um estado emocional ligado à calma, ânimo, força e paciência, como referem.

“Quando eu ganhei a I (fala o nome da bebê), a D (falou o nome de uma das amigas do alojamento conjunto) entrou no quarto e eu me acalmei (...). A terceira etapa basicamente é a I (nome da filha) e infecção, a I, osso e pele, a I e será que vai sobreviver. Isso tudo exige muita paciência, não é algo que é de um dia para o outro (...). Eu tive fraquezas quando ela tava na incubadora, mas foram menos do que quando ela nasceu. A gente fica se sentindo culpado também, mas as pessoas vão te animando. Aí entra o amor de quem trabalha...de quem está com você, seja parentes, amigos que estão no quarto e também a força que vem de Deus.” (Cintia)

“(...) Passei a ter esperanças quando uma médica do HUB veio pra conversar comigo e falou que a M (disse o nome da bebê) tinha vindo pra cá porque tinha baixo peso, falou todos os medicamentos que ela tava tomando, falou tudo, explicou tudo (...), que já tava se recuperando, que usava o CEPAP por causa da respiração(...). Falou também de um menino que chegou aqui com seis meses...” (Joana)

“A médica do berçário conversou comigo sobre o que tava acontecendo, tudo direitinho, fui muito bem orientada. (...). Eles foram bem claro comigo, falaram: Ó, a gente não vai te dizer que ele tá fora de risco ou não, nós vamos lutar pela vida dele (...). Eu chorava muito, queria muito meu filho vivo, lutei com todas as minhas forças (...), então eu, eu determinei mesmo, que eu ia atrás de salvar meu filho, junto com os médicos.” (Maura)

“Eu fiquei mais tranqüila por uma coisa, uma frase que o médico me falou: você não vai sair sem seu filho nos braços! Só falou isso! Então ele

tava abaixo de Deus, me dando a certeza que fariam de qualquer tudo para manter a criança viva (não refere o nome do filho) e que eu não ia sair de lá sem o neném!” (Tamara)

“Na hora do parto uma pessoa da limpeza, que é uma senhora, chegou e conversou comigo, ela também falou pra eu ficar calma...(...) que eu não me preocupasse, que tudo ia correr bem, que o neném ia estar nos meus braços e perguntou se eu era amiga da Z, da limpeza (...), e ela disse: Vou avisá-la que você ta entrando na sala de parto e que não precisava chorar.” (Tamara)

A amenização dos impactos iniciais causados pela chegada de um bebê prematuro foi relacionada por todas as mães a “interações sociais solidárias” que ocorriam na pequena coletividade do próprio berçário, marcadas por diálogos, apoios, confortos e troca de informações. Percebemos também relatos indicando o papel da religiosidade das mães na forma delas enfrentarem a situação, como em Virgínia e Cintia, que inclusive tirou uma foto de sua Bíblia no período em que estava no hospital (Anexo 4.3.). Essas redes de apoio funcionaram também como verdadeiras redes de aprendizagem, passando a atuar intensamente nesse sentido, no momento em que as mães podiam permanecer com os seus bebês nos braços, no alojamento conjunto.

#### **4.4. Com o bebê nos braços: processos de aprendizagem e o papel das relações sociais**

Os momentos iniciais do desenvolvimento de um bebê prematuro como pudemos observar, é uma etapa de muita insegurança das mães com relação a vida dele e à sua recuperação. Ao mesmo tempo é um período de aceitação da criança e de suas necessidades na forma como elas se apresentam. Como disse Cintia:

“Isso tudo exige muita paciência, não é algo que é de um dia para o outro, que vai melhorando aos poucos... de repente, as coisas podem mudar...”

Ao mesmo tempo em que os bebês vão desenvolvendo condições de saúde para viver fora das incubadoras, as mães também vão desenvolvendo, de maneira geral, condições psicológicas e práticas para cuidar deles, influenciadas por processos constantes

de vinculações afetivas e aprendizagens, que vão acontecendo na convivência delas com seus filhos e com as demais pessoas presentes no ambiente hospitalar. Mas esses processos não são nada lineares e tranquilos, como admitiu a própria participante da pesquisa, na citação anterior.

O envolvimento inicial das mães com as crianças e seus cuidados, são marcados mais uma vez por sentimentos de medo e insegurança. No entanto, como identifica Cintia, o envolvimento das mães nos cuidados e interações com a equipe e com o bebê, contribui aos poucos para a superação desses sentimentos, na maioria dos casos, o que faz com que elas se envolvam cada vez mais nesses cuidados:

“toda vez que eu ia lá na incubadora, eu passava mal, aí foi passando, passando, passando, passou! Aí eu fui lá, eu fui ajudando a trocar a fralda, a segurar a seringa com leite, fazer mãe canguru...”

Maura, ao se referir a esse processo, considerou que a insegurança que sentia, era devido a características da prematuridade da criança e ao mesmo tempo, a forma de enfrentá-la e sentir-se mais segura, teve colaboração de atitudes e orientações da equipe:

“Primeiro eu tremia dos pés a cabeça, não sei se tava tremendo de emoção ou era de medo...era as duas coisas ao mesmo tempo. A enfermeira chegou, falou: toma ele, e colocou no meu colo, aí eu, ai meu Deus, como ele é pequenininho...” (Maura no hospital)

“Eu senti segura porque o hospital me orientou e eu estou seguindo (...)Tive um pouco de medo por causa da prematuridade, da cirurgia...” (Maura falando do que sentiu na alta hospitalar )

Em visita à sua casa, ela já se sentia bastante segura e capaz, valorizando o papel das orientações que recebeu da equipe e o seu próprio papel, em estar praticando o que aprendeu. Em outro momento da pesquisa, Maura também valorizou a si mesma na forma como conseguiu superar o medo, dizendo que iria aprender de qualquer jeito como ajudar seu filho, mesmo que não tivesse recebido esse apoio da equipe.

Joana, por sua vez, ao descrever, como apresentamos abaixo, o primeiro banho que deu na filha, indicou que a equipe de enfermagem a estimulou a fazer isso, o que se

constitui também como uma oportunidade de vinculação afetiva com o bebê, quando ela disse que além de dar banho, conversou com ele. Apesar de sentir medo e insegurança por causa da prematuridade e achar que as enfermeiras cuidavam melhor que ela, Joana mostrou que tinha uma perspectiva positiva com relação a si mesma quanto a sua possibilidade em desenvolver essa segurança nos cuidados com a criança.

“Hoje foi o primeiro banho que eu dei, senti muita insegurança, cheguei lá, a enfermeira falou: Vamos dar banho na pessoa! (...) Eu dei banho, falei com ela... mas eu tava com medo de deixar cair, afogar ela (..) acho que ela é mais frágil por ser prematura (...). O jeito que elas cuidam, acho melhor, porque elas tem segurança do que estão fazendo e eu não, né? Mas quando chegar em casa, eu vou ter (...).

Alguns autores (Oliveira, 2001; Souza e Pires, 2003) acreditam na existência de relação entre uma baixa sensação de competência para cuidar dos filhos prematuros e a crença dessas mães de que os cuidados da equipe técnica são melhores ou mais apropriados para o desenvolvimento dos bebês, pelo fato de acharem que esses profissionais têm mais conhecimentos e habilidades. Essa relação direta não pôde ser evidenciada em nosso estudo, mas permeou o imaginário das mães de forma diferenciada, surtindo efeitos de acordo com suas características individuais, na maneira da mãe dar sentido a isso. As duas mães que referiram essa característica da equipe, dentre elas, Joana, não mostraram sentimentos de incapacidade. Isso pode ser explicado no caso de Joana, por sua atitude segura em si mesma. Outro fator que pode colaborar nisso, é a atitude da própria equipe que atendia as mães participantes da pesquisa, que procuravam incentivar que as mães acreditassem em sua capacidade e se envolvessem, ao mesmo tempo, nos cuidados.

Joana também admitiu que sentiu ciúmes das enfermeiras, ao perceber que eram carinhosas com as crianças, mas se posicionou mais uma vez com auto-confiança, ao falar que:

“Acho que todas tratam bem e com carinho. Já tive até ciúmes, já pensei: Ah, a M (disse o nome da filha) conhece mais a voz das enfermeiras que a minha! Mas amor igual ao meu ninguém vai ter.”

Souza e Pires (2003) também identificaram casos de ciúmes materno em relação à pessoas da equipe, quando havia a crença de que os profissionais eram mais eficientes na prestação de cuidados aos bebês.

Joana mostrou consciência de que seu desempenho era uma questão de tempo e aprendizagem, valorizando o papel da equipe de enfermagem nesse processo:

Direto eu fico assim, eu pego a neném desengonçada, eu fico pensando será que eu vou trocar a fralda direito? (...) Mas a minha preocupação é com a respiração dela, porque se ela respirar bem, ela vai se alimentar bem, agora...de cuidar eu não penso. Acho que tudo tem o seu tempo e também elas me ensinam (...). (Joana no hospital)

Mais adiante, Joana falou mais claramente de seu processo de superação dos medos e dificuldades, sugerindo a crença de que estava preparada para cuidar porque aprendeu isso no hospital, durante a sua permanência nele, devido aos incentivos e às ajudas recebidas diariamente:

Agora já to mais segura, tanto que já pego ela, antes eu pegava cheia de dedos, com medo de machucar, que era muito magrinha, o braço quebrar, amassar os ossos, antes eu tinha essa preocupação, o pescoço quebrar se fosse pra trás, agora pego normal, eu troco... já sei tirar temperatura... por isso eu acho que quando eu sair daqui, eu já vou estar preparada para cuidar dela, ta sendo uma escola, né (...). Todos os dias eles falam, vamos fazer canguru! Eles falam: Não vai dar banho no nenê por que? Então vai lá que eu to junto com você! (...) Incentiva a gente a cuidar do bebê (...)" (Joana)

Cintia também faz referência a essa característica de ensino-aprendizagem dos cuidados, falando também que esse processo é possível quando a mãe passa a se adaptar e integrar no ambiente da UTI neonatal:

"(...)Depois a gente começa a entrosar naquele ambiente de alto risco (...), começa a ter que ordenhar e levar o leite (...). É um cursinho preparatório

para prematuro: aprende a dar leite pela sonda, a dar banho, é tanta coisa...” (Cintia)

Souza e Pires (2003) defendem que a categoria apoio, que para eles engloba o apoio técnico, o apoio familiar e o apoio do grupo de mães de crianças com o mesmo problema, é uma das categorias que mais influencia o processo que chamam de processo social básico, ou seja, a relação mãe-criança.

Em nosso estudo, pudemos perceber que todas as mães participantes não apenas enfatizaram o papel dos apoios recebidos, mas salientaram determinadas características desse apoio, sobretudo as do apoio da equipe de enfermagem. Durante os primeiros encontros, para convidar as mães a participar da pesquisa, elas fizeram considerações sobre “o pessoal do hospital”, dizendo que eram “muito humanos”, que “todos conversavam com elas”. Kaplan e Mason (1960) consideram que as práticas hospitalares e o papel da equipe pode exercer influência positiva sobre sentimentos que identificam no nascimento do bebê prematuro, como ansiedade, medo, culpa e fracasso e sentimento de irrealidade, como sentir que o bebê não é seu. Pudemos perceber uma forte valorização das mães aos apoios recebidos das pessoas presentes no contexto hospitalar (amigas de alojamento e profissionais) também pelas fotos (Anexo 4.4.), em que pareciam querer registrar essa coletividade, não só sob uma perspectiva de “funcionalidade” que esta se mostrou no processo de maternagem das mães, mas sob uma perspectiva humana de vinculação afetiva com essas pessoas, o que sugere uma relação propícia ao desenvolvimento de processos de aprendizagem envolvidos em dinâmicas entre cognição e afeto.

Oliveira (2001) considera que atendimentos marcados por uma relação dialógica podem facilitar que as mães construam conhecimentos e acreditem na sua capacidade, que chama de capacidade de maternagem.

Cintia, ao se referir à equipe, acreditava que:

“(...) sem eles eu acho que eu tava sem braço, sem pé, sem mão (...). São amigos que eu vou levar pro resto da vida (...)

Nessa citação, a participante explicita o sentido que dava ao apoio recebido da equipe, que para ela, assumiu relevância tanto quanto seu próprio corpo. Ao mesmo tempo,

ela indicou que esse processo ligou-se a uma relação de amizade, ou seja, de confiança e afeto, que ela acredita que irá transcender a dimensão de tempo e espaço.

Com relação a essa característica “dialógica” da equipe de atendimento do hospital, há citações das mães sugerindo por um lado, que elas estabeleceram vínculos com a equipe a partir de relações empáticas:

“Tinha uma faxineira que despedia-se sempre que ia embora, ela as vezes até pedia desculpa por não poder passar no quarto” (contou uma das participantes, espantada)

“Um exemplo banal, né, eu nunca vi uma pessoa tratar assim, né, com a minha pessoa, com mau humor, com antipatia... porque se a gente tá aqui, né, estamos fragilizadas por algum motivo...(…) Tem enfermeira aqui que dobra e estão sempre sorrindo.” (Cintia)

Pudemos também observar no quarto 107, algumas interações entre as mães e pessoas da equipe de enfermagem. Numa delas, a enfermeira conversava com Tamara e outra mãe não participante da pesquisa, perguntando como e quanto seus bebês haviam mamado. Ao mesmo tempo, observava cada mãe, dando-lhes atenção individual, procurando também com gestos, incentivar e ajudar na amamentação, apoiando a cabecinha dos bebês no peito da mãe. A enfermeira chamava as mães e os bebês pelos nomes e conversava não apenas sobre a ação de amamentar, mas sobre outros assuntos que iam surgindo no pequeno grupo. Em um momento, houve uma conversa paralela em que algumas mães sugeriam através das falas, sentirem-se feias, descuidadas, “com cara de doente”, “com cara de hospital”, dizendo nem querer “aparecer em foto”. A enfermeira, mantendo sua atenção à observação e incentivo às mamadas, também discutiu o assunto junto ao grupo, desta vez procurando contribuir para uma percepção mais positiva das mães sobre a aparência de si mesmas:

“Não sei porque vocês têm que ficar se achando assim, eu, apesar de trabalhar no hospital, me arrumo bem bonita todos os dias!”.

Ela inclusive perguntou a uma das mães porque não passava um “batonzinho, por exemplo”.

Em outros momentos, também observamos profissionais da equipe e funcionários relacionando-se, conversando com as mães “como pessoas” que não são apenas mães, ou acompanhantes de pacientes, mas que têm sentimentos, interesses e necessidades, que não são apenas vinculados aos bebês.

O psicólogo do berçário, em uma de nossas conversas informais, contou que uma das mães (não participante da pesquisa) foi encaminhada para avaliação, pois havia suspeita de rejeição ao bebê, vínculo frágil e até negligência, pois dentre outras, a mãe pleiteava a necessidade de se ausentar do hospital. Ele contou:

“Quando fui conversar com a mãe, ela contou que era autônoma e devido ao tempo que permaneceu no hospital, várias de suas contas estavam vencidas ou iriam vencer e que por isso tinha necessidade de se ausentar um dia para fazer inúmeras entregas de mercadorias, recebimentos e pagamentos. Ela me disse que só iria porque o bebê estava bem, ainda não mamava no peito e ia ser bem cuidado no berçário.”

Para o profissional, na maioria das vezes, basta “ouvir as mães, conversar com elas e entender o seu lado”. O significado que a equipe (provavelmente médica) deu à ausência da mãe nesse episódio pode, nesse sentido, ter tido relação com uma falta de conhecimento de aspectos de sua vida pessoal da mãe devido a uma falta de diálogo e escuta às necessidades da mesma.

Ouvimos num outro momento, uma conversa entre Maura e o psicólogo. Ela disse-lhe que o médico havia lhe receitado uma pomada para as mãos devido a umas bolhas que apareceram, segundo ele devido ao estresse. O psicólogo comentou com Maura para ver direito, porque afinal, nem tudo está relacionado ao estresse, sugerindo que fizesse exame, se piorassem ou persistissem aquelas manifestações. O psicólogo pareceu perceber que havia uma tendência a relacionar tudo a estresse quando falavam de Maura, pois ela de fato, tinha reações alérgicas por causa disso e relatava estar muito ansiosa devido a hospitalização e a preocupação com o outro filho, que segundo ela, estava ficando muito sozinho, em casa, sem ela. Ela também tinha uma tendência a perguntar tudo para os médicos, queria saber de todos os procedimentos, nomes, quando iria embora, etc. Não gostava muito de assistir televisão e tão pouco de fazer trabalhos manuais, como os

propostos por Dalva<sup>7</sup>, quando ia ensinar as mães a fazer biscoito no quarto 107. Com tudo isso, o psicólogo não teve a mesma atitude do médico, de relacionar rapidamente um problema do qual se queixava à estresse, diretamente. Com isso, parecia preocupado realmente com o indivíduo que ali estava. Ela tinha também o hábito de fumar e foi impedida disso pelos médicos, segundo ela, o que a deixou no momento, muito nervosa. O psicólogo, mais uma vez foi conversar com ela, pediu que não fumasse por perto do berçário, mas concordou com ela que não daria para deixar de fumar num momento de tanto estresse. Ele considerou que isso a deixaria ainda mais estressada, o que teria implicações na maneira como iria superar a difícil situação vivenciada.

Joana, certo dia, numa conversa entre o grupo de mães no alojamento conjunto, de forma alegre, ao referiu-se ao apoio recebido da equipe, dizendo:

“Conversaram comigo e me deram oportunidade de escolher se queria ir transferida para o Hospital de Planaltina, eu disse que não, é lógico!”

Maura por sua vez, disse:

“Ah, eles são muito compreensivos, porque a gente chega aqui no hospital, sente muito estresse, muita insegurança, medo, então eles souberam cooperar comigo também, nem me conheciam e me dar essa força?!”

Percebemos que os sentidos que Maura dava às características da equipe às vezes oscilavam, dependendo de aspectos como o momento vivido por ela e a relação estabelecida nesses momentos com os profissionais que a atendiam.

Outra característica da equipe que apareceu na avaliação das mães foi a de que são competentes, carinhosos e gostam do que fazem, como indicou Tamara ao considerar que:

“(…) o pessoal da neonatal tem o prazer de estar lá dentro, fazem porque gostam realmente...e estão preparados para aquilo, pode ser qualquer criança que entrar lá, prematuro ou qualquer outro tipo de dificuldade.”

---

<sup>7</sup> Uma das mães que permaneceu no alojamento conjunto antes de iniciarmos a pesquisa, não fazendo parte do grupo de participantes do estudo. Ela continuava mantendo vínculos com as pessoas do berçário após receber alta com seu bebê, através de visitas semanais em que passou a ensinar trabalhos manuais voluntariamente às mães do quarto 107.

“(…) quer dizer, são n pessoas ali dentro que acompanharam ali no berçário (...) pra mim maravilhosos! Porque...o carinho que eles tiveram, a responsabilidade é muito grande (...), eles estão atentos a tudo. Foi maravilhosa a assistência que ele teve lá dentro!” (Tamara)

“No pronto-socorro onde eu fiquei internada, tinha uma enfermeira que trabalhou na neonatal, então ela tinha mais carinho, uma delicadeza com o bebê que os outros não tinham.” (Tamara)

“Eu agradeço a Deus porque eu to aqui, porque a equipe é ótima!” (Maura durante entrevista inicial quando estava ainda no hospital)

Joana demonstrou claramente que tinha confiança na equipe, ao dizer que:

“(…)Eu confio muito nelas, de deixar minha filha... tanto que a noite eu nem vou lá, eu sei que não vai acontecer nada com minha filha que elas não possam resolver.”

Para Winnicott (1994) essa confiança é importante, pois se ela estiver ausente, a mãe terá medo da situação em que se encontra, tentando dirigir os acontecimentos por conta própria, não delegando responsabilidades.

Cintia considerou que todos trabalhavam com amor:

“Te tratam com muito amor, você vê que é amor à profissão (...) agora lá no outro hospital, pra começar, cada consulta é um médico!”

Ao discutir sobre o relacionamento entre a mãe, o médico e a enfermeira, Winnicott (1994, p.65) advertiu também que “um sistema hospitalar que não permite que uma mulher saiba com antecedência quem será seu médico e sua enfermeira por ocasião do parto não pode ser considerado bom, mesmo que se trate da clínica mais moderna, bem equipada, esterilizada e cromada do país.(...). Uma completa explicação do processo de trabalho de parto e nascimento deveria ser dado à mãe pela pessoa em quem ela depositou sua confiança (...).” Vimos no caso de Tamara, por exemplo, que ela passou a confiar no médico que a atendeu, pois para ela, ele acompanhou seu caso desde o início, com atenção.

Klein (1996) e Linhares (2003) defendem, também a partir de seus estudos sobre o desenvolvimento de crianças prematuras e com baixo peso, que o suporte psicossocial dado

à mãe é capaz de atuar no fortalecimento do vínculo mãe-bebê e conseqüentemente no desenvolvimento do mesmo. Castro e Piccinini (2003) falam da importância da rede social de apoio na maneira como os pais enfrentarão a condição adversa dos filhos. Kazac, Heber e Cartes (1988) também consideraram que as diferentes respostas que as famílias têm em relação ao estresse pode ser muito influenciadas pela rede social que possuem.

Dalva, a mãe que voltava uma vez por semana ao berçário, após estar de alta, para ensinar biscoito às mães internadas no hospital, considerou enfaticamente:

“fui muito bem atendida no HUB, as pessoas me deram muito apoio...que foi difícil ver minha filha passar por tanto sofrimento...eu chorava todos os dias...”

Interessante perceber que em vários momentos de conversação sobre o apoio da equipe, as mães fazem referências positivas à equipe de maneira geral, mas também a determinadas pessoas, especificamente:

“...uma das enfermeiras foi determinante (citou o nome dela), porque eu queria passar o tempo todo com minha filha na incubadora, mas ela falava pra eu ir descansar, porque tinha muita coisa que passar pela frente...”

“Ai que saudade dela! Ela é muito legal!” (mostrando a foto de uma das médicas)

“Você tem visto a Dra. N? Conta pra ela o que ta acontecendo comigo.”  
(Maura durante visita domiciliar referindo-se a deixar de amamentar devido a uma mastite no peito. Pareceu considerar tal médica uma referência não apenas técnica, mas afetiva)

Dessa forma, parece que o tipo de apoio recebido, que algumas participantes qualificaram como “com amor” ou “mais humano” está relacionado de forma positiva a maneiras como as mães mostraram-se na relação com seus filhos prematuros e de baixo peso e na maneira como elas vão aprendendo sobre os cuidados com eles.

Numa das interações que observamos, Cintia chamou a enfermeira para ajudá-la a dar a medicação para a filha, no copinho, pois considerou que “era muito difícil fazer isso”. A enfermeira veio calmamente e muito meiga, pegou a criança mantendo um semblante

risonho para a mesma. De repente, a bebê engasgou e o remédio escorreu um pouco pela lateral de sua boca. Sem perder a tranqüilidade e segurança com que executava a ação, a enfermeira interagiu verbalmente com a mãe e depois com a criança, como se procurasse, sem parecer ser “a dona da situação” que tudo sabe, mas que dialoga e questiona, envolver as duas na ação que acontecia:

“Bom, acho que foi pouco (...). Eita, ta engasgando por que?!”

Em seguida, entregou a criança para a mãe, perguntando-lhe se ela preferia dar aquela medicação na seringa. Ao responder que preferia, a profissional disse que iria “ver isso”. Isso indica que a atenção da enfermeira foi além de perceber apenas uma dificuldade, procurando favorecer uma estratégia utilizada pela própria mãe, para que ela mesma a executasse, e com segurança.

Ao final do atendimento da enfermeira, Cintia comentou “nada como a experiência!” Percebendo essa tendência de Cintia (e de outras mães) em valorizar “as técnicas” de cuidados e atenção de grande parte da equipe, conversamos um pouco mais sobre esse assunto com ela, procurando com isso, entender outras peculiaridades desses apoios formais, além das que mencionamos anteriormente: marcadas por diálogo, empatia, consideração a necessidades, preferências e conhecimentos prévios das mães. Vejamos atentamente esse trecho da conversa:

“- Parece que você considera a equipe importante nesse momento de sua vida... (Pesquisadora)

- Com certeza!!! Sem dúvida nenhuma! (...) Essa equipe me ajudou em todos os sentidos! (...) Estou aqui a um mês e uma semana e nossa, estou sendo muito bem atendida pela equipe, que com certeza quer o melhor tanto pra mim como pra minha filha, quer que a gente saia daqui e bola pra frente, só com coisas boas.

- Você acha que esse é um objetivo da equipe? (Pesquisadora)

- Os objetivos é que os meus objetivos, principalmente com relação a minha filha, seja de muito, muito êxito (...) e quero dizer que é tudo por amor, que com certeza se não tivesse esse amor seria tudo diferente (...).

- Você acha que aqui o pessoal domina as técnicas de cuidados? (Pesquisadora)

- Domina!

- Você acha que as técnicas de cuidados depende de amor? (Pesquisadora)

- Daria pra fazer a técnica sem amor? Daria. Só que a gente nota quando a pessoa ta fazendo algo só por técnica e com amor (...). A técnica fala: você tem que aprender...e tem o outro lado, com amor, que a pessoa fala: eu posso te ajudar... eu te ajudo nem que seja desta vez, mas eu te ajudo! Você aprende, depois você vai...”

É muito interessante observar que Cintia atribui à ajuda recebida pela enfermeira na aprendizagem dos cuidados à questão dessa ter amor, o que para a participante parece ser não só um diferencial, mas um aspecto muito significativo. Suas colocações nos permitem inferir que uma característica importante do apoio formal é procurar investir num processo de ensino-aprendizagem que, como nos falou Ranciéri, em *O mestre ignorante*, procura “forçar uma capacidade que se ignora”. Ou seja, procura, mais que ensinar as mães como se deve fazer, de maneira padronizada e, portanto, despersonalizada, estimular processos de aprendizagem que envolva a confiança das mães em si mesmas, encorajamento para interações com o bebê, priorizando estratégias utilizadas pelas mães que as possibilitem de realizar as ações com a máxima autonomia possível.

Oliveira (2001) defende que o trabalho da enfermagem deva superar uma tendência para ele ainda muito marcante de “fazer por, antes de fazer com” as pessoas atendidas, através de processos dialógicos de convivência. Fonseca e cols (2002), por sua vez, discutem a necessidade de que o ato de cuidar não seja uma atividade exclusivamente dos profissionais de saúde mas inclua a participação das pessoas atendidas, na medida em que aprendam a entender o filho.

Como considerou Winnicott (1994, p.71), “a sociedade precisa de técnicos até mesmo para os cuidados de médicos e de enfermagem, mas onde houver pessoas, e não máquinas, o técnico precisa estudar a forma como as pessoas vivem, pensam e crescem ao longo de suas experiências”. Esse autor procurou chamar a atenção a todos profissionais que atendem mães de recém nascidos, de que querer ensiná-las o que têm que fazer, pode ser mais maléfico do que benéfico, defendendo que o seu papel na verdade é fortalecer a confiança da mãe em si mesma e em sua capacidade de perceber o seu bebê no decorrer do processo complexo de desenvolvimento. Para Peter Tizard (1986) que escreveu o prefácio do livro de Winnicott (1994), “talvez a lição mais importante a ser aprendida pelo

especialista seja não interferir desnecessariamente e aprender com a mãe, antes de tentar ensiná-la”. Segundo Winnicott, as mães precisam, mais que conselhos, de recursos ambientais que estimulem sua confiança em si própria. O autor discute o papel do médico nesse processo. Para ele, “o pediatra precisa conhecer as questões inerentes ao ser humano, tal como se manifestam no início da vida de um novo indivíduo, uma vez que, ao conversar com os pais, ele precisa saber a função importante que os mesmos têm. O médico entre em cena quando surge uma doença, mas os pais são importantes o tempo todo”. O autor acredita ainda que “o treinamento que médicos e enfermeiras recebem quanto aos aspectos físicos é algo, que sem dúvida, faz desaparecer parte de seu interesse pelos bebês enquanto seres humanos.”(p.52).

Médicos e médicas foram referidos pelas mães com carinho e gratidão, sugerindo que consideram ter havido relações empáticas com os mesmos. No entanto, indicaram também a existência de resquícios de uma “postura medicalizada” e despersonalizada com relação aos usuários do serviço, por parte destes profissionais. Essa discussão, embora aparentemente desatrelada ao objetivo geral da pesquisa, pode de alguma forma, relacionar-se à mesma, como discutiremos mais adiante.

Esse trecho ilustra claramente como Maura percebia sua relação com os médicos:

“O médico...ele te olha como um paciente, ele nunca vai pensar: pôxa, ela tem uma família, ela tem uma casa... ele não tem tempo pra perder olhando pra sua vida, não! Aqui ele olha eu e o neném, jamais ele olha assim: a Maura tem um filho que ta sozinho...Então é meio difícil, alguns tem sensibilidade, outros não tem não. (...) Você fala que ta com esse, esse problema, e ele olha e fala: Ah, ta bom, não dá perspectiva de nada! Aí eu fico mais ansiosa ainda. Ce fica aqui, tal...meu filho já ta bem...já era pra eu estar de alta... Olha só, a cirurgiã nem falou comigo, ela mandou um recado pra mim, só! Então, pô, ela vai operar meu filho sem falar comigo? Eu nunca falei com ela!!! Eu conheço ela, mas ela nunca deu espaço...Quando ela chegou, ela viu o bebê e chamou o médico dele! Eu ia lá me intrometer?! Apesar de ta falando de mim, não fui!

(...) Hoje ela chegou pra mim e só falou: o bebê ta ótimo, eu vou entubar ele depois da cirurgia, ele vai voltar pra UTI, pro pós operatório...quer dizer, pra ela é coisa simples demais, mas pra nós não é simples, ouvir isso (...), pra ela é simples porque ela é médica, ela convive com isso todos os

dias, mas pra mim não... às vezes nem ela vai me entender, nem eu entendo ela! Porque ela tem essa rotina na vida dela e eu não, né, ele é o meu filho!!!

(...) Ela fez a parte dela, me explicou (...), mas eu como mãe, tô me sentindo tensa (...), eu como mãe, tudo isso mexe...

(...). Acho que poderia ter mais espaço...se eu não perguntasse, não teria falado nada! Eu perguntei se seria anestesia geral, eu perguntei quantas horas é a cirurgia, eu perguntei...eu! ”

Joana também fez referências com relação aos médicos, contando que disse pra eles, muito estressada, “rodando a baiana”, muito nervosa, quando não queriam lhe dar alta:

“Vocês só falam de doença, doença...vocês ficam arrumando doença, doença na cabeça, nos olhos...Falei pro doutor que se ele não me desse alta, sabe o que eu ia fazer? Eu disse que ia sair pela janela!”

Vejamos outros depoimentos de Joana com relação aos médicos:

(...) Os médico só fala da saúde do bebê...”

“Os médicos falaram que era um problema sério mas não muito, como assim não muito? Nem explicam direito!”

Em outras falas algumas mães mostram como se sentem frente a certas orientações e encaminhamentos médicos:

“Os médicos deixam a gente doida, com tanto não pode isso, não pode aquilo, não aguentava mais. A gente não pode, se bobear nem pegar a criança. Eles estressam a gente!” (Maura)

“Quando falei da faixa no umbigo, eles disseram: de jeito nenhum, que qualquer coisa, operam! De jeito nenhum! Operar de novo! Eles me pegaram pra cobaia mesmo, Deus me livre, nem queriam me deixar sair de lá, foi um sacrifício!” (Maura)

“Os médicos não queriam deixar dar mamadeira de jeito nenhum, fiquei doida! Rodei a baiana!” (Joana)

“O Dr tal falou que quando chegar em casa não vai ficar expondo o bebê, passeando com o bebê. Eu sei disso também!!!” (Joana)

“(...) os médicos ficam discutindo os casos em frente as pacientes... é muito difícil ficar escutando sobre a filha, nomes desconhecidos que a gente não entende e além disso, só problemas de saúde, que pode ter isso, ou aquilo, que pode ter esta ou aquela seqüela.... deveria haver mais cuidado para falar dos bebês perto das mães... devem falar, é claro, dos problemas, mas não como se fossem cobaias....uma coisa que me fez querer sair de lá foi isso também.” (Joana)

“Achei um absurdo o médico encaminhar meu filho pra esses atendimentos, ele achou que tava escrito na minha testa que eu tinha muito dinheiro!” (Virgínia)

“Foi uma pena, eu queria tirar foto do meu filho na incubadora, mas a médica não deixou, disse que ele não precisava saber que ficou tão mal...” (Virgínia)

Tais falas sugerem que de maneira geral, a relação com os médicos parecia ser menos dialógica e/ou informativa e, portanto, mais desumanizada, em que eles assumiam uma postura mais diretiva nas orientações e ações, e menos construtivas, desconsiderando comumente a participação das mães no processo de tomada de decisões, bem como suas características individuais como saberes e necessidades.

No entanto, há uma consideração de Tamara, que contraria essa perspectiva. Ela contou que em meio ao seu desespero vivenciado na hora do parto, a única coisa que lhe acalmou foi uma frase dita pelo médico que lhe atendia desde o início, e em quem passou a depositar confiança. Segundo ela, ele conversou muito e disse-lhe que não sairia do hospital sem o seu bebê nos braços. Parece que ele, sensível ao estado da mãe, que envolvia dentre outros, um extremo medo de perder o bebê, atentou para sua necessidade e responsivo à mesma, foi capaz de dizer a “coisa certa, na hora certa”. Isso mostra o quanto a equipe médica pode contribuir não apenas para o estado de saúde física mas também psicológica das pessoas atendidas. Vimos que as mães sempre referiram na hora do parto, estarem extremamente atentas às falas dos médicos. Porém, quando essas falas tornaram-se somente prescritivas de condutas a serem seguidas e não discutidas, quando passaram a remeter-se apenas a saúde/doença dos bebês, quando tornaram-se esvaziadas de “humanidade”, as mães tornaram-se arredias e muitas passaram a querer fugir do hospital, sentindo-se até mesmo “cobaias”. Joana e Maura referiram isso, dizendo que eles, os médicos, não queriam

deixá-las ir embora. Joana ameaçou pular a janela caso não lhe dessem alta e Maura deixou o hospital apressadamente, após seu bebê recebê-la.

As fotos tiradas pelas mães no hospital, dificilmente mostravam os médicos, com exceção de três deles, com destaque para uma, que era muitíssimo querida no berçário. Suas características principais eram o sorriso, a atenção e diálogo, a conversa sobre vários assuntos, inclusive sobre si mesma, a afetividade tanto verbal como corporal, às vezes abraçando ou colocando a mão no ombro com quem estava conversando e pegava sempre os bebês, no colo. Três participantes da pesquisa sempre perguntavam por ela, quando nos encontrávamos fora do hospital. Na primeira visita à casa de Maura, após a alta do seu bebê, ela pediu que se eu encontrasse com essa médica, no hospital, contasse de seu problema no peito, uma mastite, que a deixou impossibilitada de amamentar. No momento que ela pediu isso, comentou sorrindo, referindo-se à médica:

“Ela vai brigar comigo!”

A maneira como se referiu a isso, sugeriu que havia um vínculo de confiança e empatia entre a médica e a mãe, que fazia com que ela sentisse liberdade e motivação para continuar mantendo contatos de troca de informações em prol da criança e de si mesma. Sua fala indicou que havia implicada, na situação, uma questão de humanização nas relações e orientações. A qualidade desse contexto relacional aproxima-se da descrição das características da maior parte da equipe do hospital, feita pelas mães, o que pareceu estimular um envolvimento constante delas em processos de socialização, de ensino e aprendizagens com estas pessoas. Isso significa um ambiente educativo na perspectiva abordada por Tacca (2006), com possibilidades de gerar desenvolvimento na constituição da maternidade das mães de uma forma positiva, na medida em que permite entre os sujeitos envolvidos, um compartilhamento constante entre maneiras diferentes de sentir, pensar e agir.

Talvez por isso, Cintia e Joana se referiram ao período em que ficaram alojadas no berçário como: “foi providencial”, “foi um cursinho preparatório para prematuros” e “está sendo uma escola”, fazendo menção ao caráter acolhedor - principalmente no caso de Cintia, que tinha nesse momento de vida pouco apoio familiar, como vimos - mas também educativo daquele ambiente. Isso pareceu contribuir para que essas mães aprendessem a

estar e a sentirem-se mais preparadas para interagir e cuidar de seus bebês prematuros, como afirmou Joana:

“Eu acho que quando eu sair daqui, eu já vou estar preparada para cuidar dela, está sendo uma escola, né, estou aprendendo muita coisa, desde que a M nasceu até agora, pegar ela, dar banho nela, até o toque, até isso eu aprendi, para ela ficar mais calminha, para ela identificar que sou eu, ensinaram que com o toque, ela ia conhecer que sou eu...”

Nessa fala, Joana indica a característica de constante aprendizado das mães, envolvendo aspectos de temporalidade e interações sociais, inclusive com o próprio bebê.

Perguntei à Cintia quem é que dava esse “cursinho preparatório”, que ela havia se referido e ela respondeu:

“As pessoas que trabalham com amor... as pessoas que estão no quarto... Até a Joana, que só de olhar a I (sua filha), ajuda!!!”

Com isso, ela revelou que, na verdade, tanto os profissionais como as colegas de quarto participavam dos processos de aprendizagens e sentimentos de segurança ou tantos outros identificados por elas. Cintia destacou o papel das ajudas mútuas entre as mães e a forma de trabalhar da equipe, nesses processos. De fato pudemos observar tais dinâmicas durante as inúmeras observações e conversas informais que realizamos durante a pesquisa, no quarto 107.

Com relação à solidariedade entre as mães, vimos em vários momentos, umas olhando os filhos das outras, enquanto tomavam banho, ou ajudando a acalmar os bebês e às vezes as próprias mães em momentos difíceis.

Uma das mães, que não participou da pesquisa comentou num momento:

“Só o fato de ver outras mães na mesma situação e seus filhos recuperando-se, ajuda a ter força.”

No primeiro dia em que fui ao quarto 107, em conversa com Maura, ela disse, preocupada que:

“A gente podia fazer alguma coisa de útil para o próprio hospital. A mãe do outro quarto não tem nada...será que daria pra arranjar algo para ela, sei lá...”

Cintia, referindo-se aos cinco dias em que ficou internada no berçário antes do nascimento da filha, contou:

“Eu estava com duas mães no quarto. O clima lá era um barato! Estava a N<sup>8</sup> e outra lá. A N, ela é demais!!! Ela tem uma força, uma presença de Deus na vida dela! Eu tava muito triste, o caso dela era parecido com o meu. Ela me deu muita força. Quando ganhei a I, ela entrou no quarto e a partir daí eu me acalmei. A outra do quarto estava em depressão. Essas pessoas são propósitos de Deus. É ensinar e aprender! Eu aprendi muita coisa com a Nívea e ensinei também, pra outra lá...”

Com isso, a participante nos ajuda a considerar o quarto 107, na forma como se mostrou durante a pesquisa, como uma pequena comunidade sócio-educativa, constituindo-se como um ambiente facilitador de interações sociais positivas, promotoras de desenvolvimento humano e qualidade de vida.

Sobre esse desenvolvimento pessoal, Cintia disse que:

“Graças às meninas, a Joana, a N, aprendi a resmungar menos nessa vida, agradecer a Deus. A pedir pelas outras pessoas. Acaba que a gente participa da vida delas também...”

Com relação a aprendizagem dos cuidados com o bebê junto com a amigas de quarto, Tamara contou um episódio em que a amiga pediu-lhe para dar banho no filho dela, porque ela havia feito uma operação e não podia fazer isso sozinha. Tamara então disse-lhe que isso ela não iria fazer de jeito nenhum, porque nunca tinha dado banho em qualquer criança. A amiga insistiu e Tamara contou que juntas foram fazendo e aprendendo e que a partir disso, foi mais fácil para ela ter coragem de dar banho no seu filho também.

---

<sup>8</sup> Essa mãe ficou alojada no quarto 107 após iniciada a pesquisa, permanecendo com algumas participantes da pesquisa por algum tempo, até o término desta.

Em outro episódio, quando encontrei com Maura e Dalva no ambulatório, elas quiseram após as consultas de seus bebês, ir ao berçário visitar a equipe e as mães que lá estavam, dentre elas, Joana, ainda aguardando a alta da filha. Chegando lá, mostraram seus bebês a pessoas da equipe e em seguida foram para o quarto 107, perguntando logo por Joana. Uma das mães informou que ela estava fazendo exames em outro hospital. Nesse momento, o bebê dessa mãe que deu a informação, começou a chorar muito, sem parar. Todas as outras que estavam no quarto, procuraram interagir e ajudar, inclusive Maura e Dalva, mesmo que fosse apenas pensando e discutindo possibilidades: A outra mãe que estava no alojamento quando chegamos, disse que “não era choro de fome, não”. Maura perguntou se ele estava acostumado a tomar leite na chuquinha, como ela estava dando. Dalva olhava atenta a situação, como se esperasse oportunidade para dar qualquer contribuição. Notemos que Maura, que já havia passado pela experiência de amamentar o filho quando estava no alojamento conjunto, usando várias estratégias: no copo, na seringa, e depois no peito, e nesse episódio, parecia procurar socializar seus conhecimentos com aquela mãe, notadamente menos experiente nessas vivências. Foi um belo exemplo de processo sócio-educativo entre as mães.

Muitas mães, dentre elas, participantes da pesquisa, diziam esporadicamente após receberam alta, que sentiam saudade do hospital, explicando que era “mais do pessoal de lá”. A maioria delas, sempre ia ao berçário fazer uma visita quando os bebês tinham consulta no ambulatório, como aconteceu nesse dia relatado anteriormente. Levavam seus bebês à maternidade para mostrá-los à equipe, procurando manter contato tanto com ela como com outras mães que permaneciam alojadas, aguardando alta de seus bebês, procurando manter uma espécie de rede coletiva de informações e solidariedade.

D, que ficou no quarto 107, mas não participou da pesquisa, disse que às vezes tinha vontade de ir lá e passar umas noites no hospital. Após voltar para casa com o bebê, continuou indo ao berçário uma vez por semana para ensinar voluntariamente, biscoit às mães.

Cintia, quando perdeu o pai, mencionou que teve a impressão que o pessoal do berçário ficou diferente, que pareciam ter sentido a morte dele também.

Virgínia convidou colegas de alojamento e pessoas da equipe para o batizado de seu filho, em sua casa.

Mesmo perante a evidência de que hospitalização não é um momento nada agradável para as mães, aumentando muitas vezes o estresse causado pela própria condição de saúde da criança, as mães deram significados ao berçário como um ambiente coletivo de acolhida, de troca, de novas amizades, de aprendizagem, de desenvolvimento e também, de educação. Muitas vezes, esse contexto foi relacionado ao fato de sentirem mais seguras nos cuidados com os bebês. E, quando da alta, pareciam interessadas em continuar utilizando esse espaço, como desenvolvimento pessoal e de seus papéis como mães. Maura sugeriu inúmeras vezes que organizássemos um grupo de mães que pudessem continuar se encontrando no hospital, pelo menos duas vezes por mês.

O apoio das amigas de quarto, a troca de conhecimentos entre as mesmas, enfim a dinâmica e o papel da coletividade no pequeno grupo de mães, apareceu, dessa forma, bastante evidenciado ao longo da pesquisa. As mães construíram vínculos entre si, que perpetuaram-se fora do hospital, oportunizando a continuidade de trocas de experiências, dúvidas, conhecimentos e afeições que iniciaram no espaço do alojamento conjunto ou quarto 107. Pudemos observar que as mães continuaram a se falar por telefone, pela internet e durante as consultas no ambulatório, quando se encontravam, momentos muito festejados por elas, de muitas trocas de informações e afetivas, inclusive com os bebês. Isso mostra que as participantes da pesquisa mostraram uma tendência a querer continuar utilizando essa rede de apoio informal, representada pelas amigas, vendo o espaço hospitalar como uma possibilidade para isso.

Outra informação interessante que reforça a existência de um processo constante de aprendizagem entre as mães, por terem se constituído numa rede de apoio mútua, foi saber por exemplo, que três participantes estavam usando o mesmo remédio caseiro, por indicação de uma delas e depois dessa, à outra.

Outro exemplo desse processo foi numa conversa por telefone com Maura, quando ela, ao saber que eu iria ligar em seguida para Cintia, pediu que eu perguntasse à sua amiga como tinha lidado com o umbigo “estufado” de seu bebê, pois tinha ficado sabendo que o filho mais velho dela também tinha nascido assim. Disse ainda que os médicos a tinham proibido de usar faixa no umbigo dele, contando esse episódio com uma certa revolta pela forma como a médica havia encaminhado a conversa, a orientação:

“Quando falei da faixa no umbigo, eles disseram: de jeito nenhum, que qualquer coisa, operam! De jeito nenhum! Operar de novo! Eles me pegaram pra cobaia mesmo, Deus me livre, nem queria me deixar sair de lá, foi um sacrifício!” (Maura)

Isso indica que “a imposição” do saber médico, e uma certa medicalização das relações com as pessoas atendidas, como discutimos anteriormente, pode atuar como “uma faca de dois gumes”, afastando possibilidades de construções de conhecimentos e procedimentos, que agreguem tanto o saber técnico-científico como do senso comum, na busca de caminhos singulares de atuação em prol da criança e da própria mãe.

Todas as participantes apresentaram em algum momento, relutância quanto a determinadas prescrições médicas, muitas vezes até desconsiderando-as e optando por caminhos próprios ou práticas da cultura de sua comunidade, como foi o caso de Maura e o uso da faixa no umbigo; o caso de Virgínia e a negação de “tratar” seu filho numa clínica particular; o caso de Joana, Cintia e Maura, que usavam o mesmo remedinho caseiro para as cólicas do bebê; o caso de Cintia quando deu bastante vitamina para melhorar a gripe da filha; o caso de Tamara, quando negou dar mingau sugerido pela médica, com medo de atrapalhar o funcionamento intestinal do filho.

Ainda tiveram casos relacionados à alimentação, mesmo sendo esta, uma das teclas mais batidas nas orientações às mães. Como narramos em outro momento, Joana nos contou que:

“Os médicos não queriam deixar eu dar mamadeira de jeito nenhum. Aí fiquei doida (...)! Rodei a baiana! Mandaram psicólogos pra mim, um monte de gente. Falei pra eles: Vocês ficam insistindo, insistindo, mas como vão saber se quando eu virar as costas e for pra casa, não vou enfiar uma mamadeira na boca dela? Vocês não vão estar lá para ver, então qual a diferença? (...) Aí minha filha começou a tomar mamadeira, que tem aquele bico grande, melhor para ela mamar (...). Eles abriram uma exceção pra mim porque eu tava muito estressada, queria de qualquer jeito ir para casa. Falei pro doutor X que se não me desse alta (...) eu sairia pela janela (...). Acho que se não fosse isso, eu estaria lá até hoje!”

Em visita a sua casa, ela e o marido falaram de sua crença de que a menina não mamava no peito por causa da fenda que tinha no céu da boca. Talvez se eles tivessem mais oportunidades de esclarecer dúvidas e trocar pareceres com a equipe médica, a situação não chegaria ao ponto de Joana ameaçar se jogar da janela pra que recebesse alta e pudesse amamentar sua filha na mamadeira.

Cintia por sua vez, também durante uma visita em sua casa, mostrou que não seguiu a orientação de amamentar o filho prematuro somente no peito e, ainda, modificou a receita da segunda indicação de usar um tipo de leite específico para bebês, o NAN. Tudo isso esteve ligado, de acordo com ela, a questões emocionais, porque seu leite secou devido a morte de seu pai; a questões econômicas, já que um dia não tinha dinheiro nem para comprar pão, sequer o leite recomendado, momento em que misturou água no leite usado por toda família e deu para filha; e ainda porque, mais adiante, passou a acreditar que a filha chorava demais porque permanecia com fome ao tomar apenas a receita recomendada pelo hospital. Para decidir o que fazer, contou que telefonou para a sogra para pedir apoio, acreditando que por ela ter criado o marido que nasceu também prematuro, ou seja, ter mais experiência de vida, saberia orientá-la. Ela disse que seguiu o conselho da sogra e passou a “engrossar” a mamadeira.

Virgínia por seu lado, contou que fazia muitas perguntas sobre bebês prematuros para uma amiga com quem se dava muito bem e que considerava uma pessoa muito experiente, era enfermeira e que tinha cinquenta e dois anos.

Como vimos, é comum as mães buscarem informações constantes com pessoas de seu círculo social, de familiares e amigos, sobretudo as que consideram ter mais experiência ou que passaram ou passam pela mesma situação, aprendendo muito com isso também.

Maura, talvez pelo tipo de relação com a mãe, tendia a negar seus conselhos, preferindo às vezes ouvir o que a equipe do hospital tinha lhe dizer quando ela achava que algo estava errado. Ligou algumas vezes para o hospital pedindo conselhos, e foi também ao pronto socorro próximo de sua casa para receber orientações. No berçário, Maura gostava de ler revistas com artigos científicos sobre desenvolvimento de bebês prematuros, indicando uma valorização de saberes médicos e científicos e uma busca de informações

nestas fontes. Isso não prejudicava, cabe citar, seu sentimento de que era capaz e importante para o desenvolvimento do seu bebê.

Falando dessas fontes de informação formais para a aprendizagem dos cuidados com os bebês, Cintia considerou que era importante ter palestras sobre aleitamento, sobre os cuidados com os bebês, sobre planejamento familiar, atribuindo essa importância sobretudo para:

“(...)quem é mãe de primeira viagem ou não tem alguém que possa ajudar, como mãe, irmã, não sei, sogra...”

Com isso, ela sugere, por um lado, a crença de que esses recursos são importantes para a aprendizagem dos cuidados, mas por outro, que não substituem a aprendizagem construída a partir da experiência de vida e das redes sociais de apoio.

Dessa forma, podemos pensar que o aparato de informações e técnicas que muitas vezes as equipes de saúde procuram organizar, certamente auxiliam, mas não garantem, obviamente, a manutenção de certas práticas de cuidados.

Como vimos discutindo, as crenças, aprendizagens e atuações das mães, perpassam redes de significados compartilhados socialmente. Essa compreensão pode indicar caminhos de atuação educativa direcionados não apenas aos pais particularmente, mas à comunidade no qual estão inseridas, organizando ou “enriquecendo” espaços de convivência que possam agregar também pessoas que participam dessas redes de apoio informal.

Dois colaboradores da pesquisa fizeram considerações interessantes nesse sentido: Maura sugeriu a criação de grupos de mães e o marido de Joana pleiteou a possibilidade de visitas de outros familiares além dos pais, à UTI neonatal, além de se estender o tempo de visita no alojamento conjunto.

Com relação às visitas recebidas, as mães fizeram considerações que de maneira geral, mostraram que as consideravam como apoios importantes, mas sugeriram uma certa restrição, quando estas visitas tinham características que não contribuíam para ajudá-las a ter expectativas positivas com relação à condição de saúde da criança, como indica essas falas:

“Acho as visitas ótimas, acho que eu já teria entrado em choque , em depressão se não tivesse... (...). Mas por ela ser muito frágil, falaram: Ah, seja o que Deus quiser...se for para viver... Até a forma de falar eu acho que eles queriam dizer isso... tanto que eu nem queria mais que eles ligassem ou viessem para falar isso.” (Joana)

“Acho muito importante a família estar presente porque o tempo que a gente fica aqui é muito grande, a gente chega a estressar, você fica num clima de hospital, é estressante, você fica tenso! (...) A família alivia mas não totalmente. (...) Quando meu filho fez a cirurgia de hérnia, eu não quis a família por perto, porque eles não estão acostumados com o ambiente hospitalar e os procedimentos, e poderiam tornar a situação mais estressante e ansiosa. Eu já sei como são as coisas... que ele já passou por coisa pior.” (Maura)

“Tem gente que vem só pra se mostrar, teve uma tia que veio e não entrou porque disse que não gostava de hospital (...). visita mesmo, que são pessoas que eu considero, são meu pai e meu marido, esses sim me ajudavam em todos os sentidos!” (Cintia)

“Meu marido está sempre aqui e meus filhos vem também, também recebi visitas de amigos e pessoas da igreja, é muito bom!” (Virgínia)

“Quem ficou presente comigo o tempo todo que eu não imaginava foi uma aluna aqui da universidade! A E (disse o nome da amiga). Nossa! Eu não tenho palavras para ela! Ela me deu muita força, nossa, quando o bebê veio para o quarto, ela continuou vindo, me fazer visita, ela ficava com o neném! Ela chegou a carregar o neném no canguru... é como se ela tivesse participando ali dentro do hospital comigo... eu não tenho como definir, te falar desse sentimento, porque é além disso, mas é muito maravilhoso! Como é!

Pudemos observar um desses encontros de Tamara com essa amiga no quarto 107, quando esta veio fazer uma visita. Tamara conversava animadamente com ela e outra amiga do seu trabalho que estava nesse dia. Essas visitas conversavam com todas as mães do quarto, interagindo alegremente com elas e os bebês, pegando-os, fazendo comentários. Pareciam contribuir para mais diálogos e interações no grupo. Tamara parecia nesse momento mais fortalecida em sua característica expressiva e falante, o que nos faz inferir que certas visitas pareciam colaborar para uma não despersonalização das mães no

ambiente hospitalar, e conseqüentemente, para que sentissem mais autônomas e ativas diante daquela situação de vida.

Nesse sentido, algumas mães relataram ligação entre suas próprias características pessoais e a maneira como sentiam-se diante dos cuidados com os bebês. Essas características foram sempre relacionadas à aprendizagem:

“Eu sempre fui uma pessoa que vai a luta, que não tem medo, nem preguiça, que aprende tudo o que precisar aprender.” (D, a mãe que ensinava biscuit às outras, voluntariamente)

“Eu sentia que seria capaz de cuidar, porque eu me conheço, eu quero aprender (...). Eu sempre ia atrás de qualquer tipo de informação, eu sempre queria me manter informada de tudo.” (Maura)

Como discutimos no início dessas construções interpretativas, ao falar do caso de Joana e suas características pessoais, pudemos observar que como ela, algumas mães apresentavam “perfis pessoais”, que colaboravam para sua aprendizagem constante em relação aos seus bebês, ou seja, aprendiam também pela própria observação do que faziam, das reações do bebê, etc.

Joana em sua casa, quando pingava gotas de um remédio caseiro na boca da filha, explicou que fazia assim para evitar desperdícios, e comentou orgulhosa:

“não me explicaram isso, aprendi sozinha!”

Ela também indicou consciência de que estava constantemente aprendendo coisas novas, inclusive a ser capaz de interagir com a criança e a superar o medo e a insegurança inicial:

“Muita coisa que eu sei hoje eu não sabia, tanto que assim, eu pensava que a criança já nascia enxergando (...). Hoje eu pego ela, eu mexo com ela, eu faço o que eu quero com ela (...), sem machucar, sem estar com medo”

No entanto, como defendemos anteriormente, esse processo de superação dos medos e dificuldades, não é linear. Como considerou Cintia, “de repente as coisas podem mudar”, e o medo e a insegurança voltam.

Ponderando sobre a complexidade de fatores envolvidos na insegurança sentida pela mãe para garantir os cuidados aos filhos prematuros em casa, Joana considerou antes da alta hospitalar:

“Eu estou e não estou preparada para cuidar dela em casa. Em casa não vai ter enfermeira para ficar tirando a temperatura, ficar a noite toda olhando pra ela, não tenho sensor pra medir os batimentos cardíacos e se tiver alguma coisa errada, dizer que ta errado, entende? Acho que é falta de prática mesmo... também assim, com tanta gente falando que prematuro tem que ter mais cuidado! (..) (Joana)

Isso mostra que a insegurança das mães tem a ver também com o fato de não terem os aparatos técnicos e nem os técnicos quando vão para casa, somente “os bebês nos braços”. Mas não é só isso. Joana identifica que existe uma “pressão psicológica” no ambiente hospitalar, sobretudo quando da alta dos bebês, quando lhes são dadas inúmeras instruções médicas quanto aos perigos de infecções e os cuidados a serem tomados pelas mães, a quem recai mais uma vez, uma imensa responsabilidade e medo de errar e não saber fazer. Como se praticasse constantemente processos reflexivos e metacognitivos, tentando compreender o contexto e a si mesma, nos seus pensamentos e sentimentos, uma vez mais, Joana sintetiza suas análises acreditando que tudo não passava de uma insegurança sua, devido a uma falta de prática, ou seja, uma aprendizagem ainda em constante processo, que ela, particularmente, considerava que seria capaz de construir.

A maneira como as mães acreditavam na sua possibilidade de atuar no desenvolvimento dos seus bebês prematuros pareceu impulsionada, como vimos, por processos constantes de aprendizagem nos quais participaram as redes de apoio formal e informal presentes nos espaços de convívio das mães, que no momento inicial da chegada do bebê prematuro, é, sobretudo, o ambiente hospitalar. Como defendem Braz e Dessen (2005, p.122), “pensar em desenvolvimento humano significa pensar no estabelecimento de relações que o indivíduo mantém com seus contextos proximais – isto é, a família, o local

de trabalho ou estudo, sua comunidade – e com os contextos distais – como os valores, as crenças, a cultura”. Nesse sentido, voltaremos uma vez mais a olhar para o contexto simbólico das mães participantes da pesquisa, procurando construir informações que auxiliem na compreensão do nosso objeto de estudo.

#### **4.5. Concepções e expectativas das mães quanto ao desenvolvimento dos filhos e do seu papel nesse processo**

Até aqui, tentamos discutir alguns aspectos que consideramos importantes para a compreensão de nosso objeto de estudo: falamos do ambiente social no qual as mães participam, tanto informal como formal, construindo informações acerca da convivência familiar e hospitalar, tentando estabelecer relações entre as experiências vividas nesses espaços com a maneira das participantes darem significados à sua maternagem. Com isso, vamos percebendo cada vez mais, o quanto esses significados vão permeando as maneiras como as mães se sentem e atuam nas interações e nas ações com seus bebês. Como admitem Polônia e cols (2005, p.101), “as ações humanas não ocorrem num vácuo simbólico”. Foi buscando compreender um pouco mais dessa dimensão simbólica que falamos da “gravidez idealizada e os primeiros vínculos afetivos” e nos propomos agora, a discutir sobre o que pudemos perceber quanto à suas concepções e expectativas com relação ao desenvolvimento e ao seu papel nesse processo.

Começamos pelo caso de Virgínia. Ela foi a que mencionou em todas as conversações após a alta do hospital, o fato do desenvolvimento do filho ser diferente dos outros, no sentido de ser mais atrasado: ora quando disse que tinha comparado o peso do bebê com o dos outros filhos, quando estes tinham a mesma idade; outra vez quando o considerou muito lento ao reagir diante de um brinquedo e que era muito “molinho”, que ainda não sentava sozinho; ora quando afirmou que alguém tinha lhe falado isso (parecendo se referir à profissionais especializados e da equipe) e ainda disse ter visto essa informação inúmeras vezes quando pesquisou na internet sobre bebês prematuros. Isso sugere que “o atraso”, a “diferença”, do filho, era uma questão a que Virgínia dava muita atenção, a partir

dos contextos educativos presentes no seu cotidiano naquele momento de sua vida, com a vinda do filho prematuro.

Quanto mais Virgínia o achava diferente (crença), mas se envolvia em procurar informações que pudessem ajudá-la a encontrar soluções (ação). Quanto mais o achava atrasado (crença), mais procurava estratégias para perceber esses atrasos, passando a observar os comportamentos do bebê (ação), nesse sentido.

Por outro lado, ela mencionou que “todos” consideraram que após dois anos, a criança se igualaria às outras, quanto ao ritmo de seu desenvolvimento. Como afirmaram Souza e Pires (2003), a relação com os profissionais pode ser um fator relevante no processo de investimento materno na reabilitação da criança e nas expectativas e esperanças relacionadas à sua recuperação. No entanto, ao falar “todos”, cabe citar que a participante não se referiu apenas a pessoas da equipe do hospital, mas às pessoas que escreveram os artigos que leu na internet. Dessa forma, podemos dizer então que as informações que a participante recebeu e buscou, de maneira geral, pareceram contribuir para que ela acreditasse que o desenvolvimento do filho teria atrasos, mas por outro lado, que seriam superados em determinado momento.

Ela disse que o desenvolvimento do seu bebê ia depender do desenvolvimento “neurológico e físico” dele, mas quando afirmou isso, sua fala pareceu apenas repetir um discurso que estava presente nas fontes de informações por ela utilizadas. Na verdade, apesar de não citar as relações sociais e afetivas como promotoras do desenvolvimento do bebê, Virgínia mostrou que acreditava em si como uma figura importante nesse processo, ao ter afirmado que iria permanecer em casa com ele, até que atingisse uma certa idade, por volta de dois anos, apesar da vontade de retomar projetos de vida ligados ao estudo e ao trabalho.

Podemos perceber que a crença de Virgínia sobre o desenvolvimento do filho, sofreu influência das redes de informação presentes em seus contextos de vida. Esse compartilhamento de crenças e valores teve repercussão também em sua atuação materna, mas não de uma forma direta e unilateral. Cabe lembrar que o indivíduo transforma e é transformado pela cultura de uma forma dialética, como defendeu Vigotski. A cultura não é algo a que o indivíduo se submete, mas uma espécie de “palco de negociações” (Oliveira, 1992, p.80). Nesse sentido, gostaríamos de abrir um parêntese na discussão para

mencionar que as mães participantes mostraram momentos de autonomia, sobretudo frente a uma cultura médica que parecia querer se impor de maneira geral, nas interações com as mães.

Joana por exemplo exerceu sua liberdade de questionar e agir, de acordo com o que acreditava sobre a alimentação da filha, conseguindo exercer o direito, depois de muita luta, de dar mamadeira para ela, apesar de os médicos serem contra isso. Sua atitude mostrou uma confiança para decidir o que seria melhor para a filha. Essa postura confiante pode estar, dentre outras, relacionada à sua crença de que ninguém seria mais importante que ela para proporcionar o desenvolvimento da filha e que este, mais que estar ligado a uma boa alimentação, seria estimulado, sobretudo, pelas interações afetivas dela com os pais.

Joana, nas primeiras conversas sobre desenvolvimento, mostrou uma perspectiva bastante positiva tanto com relação à criança como ao seu desenvolvimento, atribuindo a este não só a idéia de crescimento:

“Acho que ela tá desenvolvendo bem, como uma criança normal, igual às outras, só acho que não ta crescendo muito”

Em outros momentos, passado alguns dias, ela mostra dúvidas quanto ao desenvolvimento da filha ser igual ao de outras crianças, como acreditava antes:

“Não sei, acho que vai ser diferente o desenvolvimento... que de uma nenê de nove meses!”

Nesses momentos, suas falas se aproximavam de uma visão mais negativa e biologizada, onde certamente haveria atrasos e fragilidades:

“o desenvolvimento é criar anticorpos (...) eu acho que ela vai ser diferente, o crescimento vai ser mais demorado, os órgãos mais pequenos, tudo vai demorar mais com relação aos outros, acho que ela vai ser vulnerável ao ambiente, aos sons...fui orientada a ter muito cuidado em casa (...). A enfermeira me falou que o prematuro tem o desenvolvimento diferente (...)”

Nas últimas duas frases, Joana indica que a maneira de pensar o desenvolvimento da filha passava a sofrer influência das concepções partilhadas no contexto hospitalar e possivelmente às inúmeras instruções recebidas antes da alta médica do bebê, daí a idéia de desenvolvimento, por exemplo, aparecer ligada a uma idéia de saúde, quando fala em anticorpos.

No entanto, diferente de Virgínia, ela parecia ser mais resistente em aderir à crença de que o desenvolvimento da filha seria atrasado. Ao falar sob essa perspectiva, ela engasgou e sua voz ficou sufocada quando disse que:

“ (...) tem uns que falam que o prematuro cresce devagar, sabe, que o desenvolvimento do prematuro é retardado (...)”

Nesse momento, ela pareceu indicar a presença de um processo de compartilhamento cultural de concepções que tem a linguagem como veículo. Com uma atitude ativa e criativa diante dos fatos, Joana procurava construir uma espécie de síntese, que se aproximasse de uma compreensão de desenvolvimento mais flexível, mais singular, aberta a possibilidades, como processo a acontecer e não predeterminado, a uma visão que colocava tanto a filha como ela própria numa perspectiva mais positiva, como mostra esses trechos:

“(...) tem outros que falam que o desenvolvimento do prematuro é muito rápido, então eu não sei, acho que cada caso é um caso, vai de cada criança (...), tem crianças que vão para casa com sete meses (...). Falam que crianças com sete meses são até mais inteligentes, mais em tudo, normal, que é mais sapeca... é tudo mais que os outros (...), mas eu não acredito nisso não (...), toda a criança é sapeca, é do jeito que é. É inteligente!”

“Eu já vi criança prematura, como meu primo que é grandão, normal, não teve seqüela.”

“M (disse o nome da filha, como de costume) vai se desenvolver como uma criança normal, tanto que dá pra ver que ela tá se desenvolvendo desde que nasceu, não ta aquele tamanho de criança...tô falando assim, do desenvolvimento de tamanho, mas ela enxerga, fixa o olho que nem um bebezinho de nove meses, a gente fala ela escuta a voz, ela faz expressão

de que está gostando...então eu não acredito que ela tem alguma coisa...acho que vai aprender como um criança de nove meses...agora se ela vai andar com um ano, tem que estar esperando...(...).”

Aos poucos, Joana indicava que ia assumindo uma visão cada vez mais complexa e positiva quanto ao desenvolvimento da filha, e sua participação no mesmo, tentando compreender esse processo, considerando tanto aspectos biológicos quanto do ambiente, como a aprendizagem, a estimulação, as relações sociais e afetivas. Algumas falas exemplificam isso:

“Acho que todo mundo é inteligente, basta estimular, né, o interesse para alguma coisa.”

“Pra mim o desenvolvimento é tanto psicológico como físico (...). Eu acho que o desenvolvimento físico vai ser normal, acho que é assim, genético, se for para ser alta, vai ser alta, se for baixinha...baixinha... (...) acho que eu tenho uma tendência, né, de ser alta, ser baixa (...), pode puxar o pai, ser magrinha! (...) É por causa da genética.

“O desenvolvimento psicológico não depende, se for uma pessoa assim, temperamental (...), se a gente trabalhar com ela pra ser educada (...), acho que a gente trabalha em cima disso, né. Acho que isso também é desenvolvimento, a forma de lidar com as pessoas, ensinar pra elas boas maneiras, aliás a vida toda é um aprendizado, né, é um desenvolvimento”

“Acho que contribuí mamar no peito, ter muito amor, carinho, ser estimulada...”

“Não acho que toda criança se desenvolve do mesmo jeito, cada um tem uma forma, até assim na gravidez, isso ajuda a criança, a mãe falar com o bebê na barriga...ter muito cuidado na gravidez, acompanhar direito, tomar os remédios (...) e também a genética de cada um (...), tem umas que nasce e a mãe tem diabetes, infecção (...), também fazer o método mãe canguru, a criança se desenvolve muito mais.”

“Isso é desenvolvimento das crianças, não é de uma hora para outra, mas de meses, entende?”

“Ah, e eu também contribuo bastante, né! De estar perto dela, falando com ela sempre, para ela saber que eu to do lado dela, todos os dias vou ficar com ela, que eu acho que a pessoa que ela mais conhece sou eu!”

Joana acentuou a importância de sua participação no desenvolvimento da filha e também a participação do pai, quando em outra conversa foi questionada se achava que ela era importante para o desenvolvimento da filha, respondendo com muita convicção:

“Ah, com certeza!!!

“Eu e o pai dela, acho que a gente é mais importante que qualquer pessoa...porque é a base...a gente vai ensinando tudo pra ela, vai estar cuidando, tudo o que a M (fala o nome da filha) for ser quando crescer, é consequência do pai e meu, de nós dois, se ela vai ter boa saúde também...” (aqui, desatrela a idéia de desenvolvimento à de saúde)

Essa crença de Joana na sua capacidade e importância e também a do pai da criança, pode ter relação com o perfil deste, que possuía também uma tendência a apresentar expectativas e atitudes positivas com relação ao desenvolvimento da filha. Ele considerou que o desenvolvimento da filha poderia até demorar, mas que tinha orgulho dela, contando que tinha raiva quando a chamavam de “coitadinha”, pois para ele, ela tinha mais força que qualquer um. Afirmou que tinha tirado fotos dela na UTI, para mostrar-lhe depois o quanto ela era guerreira. Disse também que nunca havia pensado coisa ruim enquanto ela estava na UTI, indicando que sempre teve expectativas positivas com relação à vida e ao desenvolvimento da filha, personalizando-a desde o início com características positivas, mostrando uma vinculação com a bebê, na maneira como se apresentava.

Além disso, sua concepção de desenvolvimento envolvia o papel das relações afetivas da família, para ele, inexistentes no hospital. Daí ter mencionado que o hospital poderia permitir a visita dos avós, para ele, importante no desenvolvimento da filha. Em conversação na primeira visita em sua casa, disse;

“Eu pensava que estando aqui ela ia se desenvolver mais rápido... a avó falar com a criança ajuda também(...). O carinho... da família...”

Nessa mesma visita, a avó paterna também mostrou uma atitude semelhante a do filho e da nora, ao valorizar as conquistas da neta e interagir com ela carinhosamente, considerando que:

“A nenê ta muito esperta, se mexendo no berço!”

Logo, Joana e o bebê pareciam envolvidos numa rede de apoio social em que as interações sócio-afetivas, psicossociais, eram muito valorizadas, presentes e importantes na maneira positiva como Joana se colocou em relação ao desenvolvimento da filha.

Assim como a sogra de Joana, a mãe de Maura também teve, no momento da visita, esse tipo de postura com o neto, dizendo que estava sabido e muito bonito. Maura considerou importante o papel da avó, de si e do outro filho, nas aquisições que observava em seu bebê, agora não apenas ligadas a crescimento e ganho de peso, como no início, quando estava na incubadora. Durante a visita em sua casa, mostrou uma tendência em perceber e valorizar os avanços do filho, contando alegremente que ele identificava a voz de cada um, que prestava muita atenção em tudo. Tinha expectativas positivas com relação ao desenvolvimento do bebê e ao seu papel nesse processo, como deixou claro nesta fala:

“Eu acho que o desenvolvimento dele vai ser bom. No que depender de mim vai ser ótimo! Vai desenvolver como uma criança normal, ele é inteligente, ele percebe as coisas, então eu acho que ele é uma criança normal.”

Inicialmente, quando o bebê era considerado de risco por nascer com baixo peso, o desenvolvimento, na compreensão de Maura, correspondia diretamente a crescer e “pegar peso”. Apesar de admitir que neste período não poderia garantir sozinha os cuidados intensivos necessários, acreditava na importância de estar perto do filho. Todas essas idéias aparecem nos relatos abaixo:

“O objetivo da equipe é o neném crescer, pegar peso, né, porque nasceu com baixo peso... para o desenvolvimento do bebê...”

(...) jamais ia conseguir o desenvolvimento do meu filho sozinha; eu não teria condições nenhuma de pegar meu filho, ir embora daqui, com meu filho com baixo peso... é essencial ta aqui, acompanhar o crescimento dele... ele já tá com dois meses aqui...eu agradeço a Deus por ter vindo pra cá, porque é ótima a equipe”.

“(...) então ele ta melhorando cada vez mais, porque você ta aqui, você fica direto, na incubadora...”

A crença de Maura de que sua presença era importante desde o início, indicou uma valorização de aspectos sociais no desenvolvimento, o que por sua vez pareceu estar relacionado às orientações e estratégias da equipe para estimular as mães a permanecerem maior tempo possível com seus bebês e acreditarem em seu papel como promotoras da recuperação e desenvolvimento deles desde o início. Ao falar de uma conversa com o psicólogo, Maura forneceu pistas sobre isso:

“ele disse que um bebê que não tinha mãe acompanhante, demorou um mês para sair do alto risco.”

Cintia também acreditava que estar junto ao bebê na UTI neonatal, mesmo que apenas por algumas horas, poderia afetar positivamente sua recuperação (entendida nesse momento como o desenvolvimento do bebê) e que por outro lado, sua ausência poderia ter impactos negativos. Ela mencionou que ouviu das enfermeiras o fato de ser comum o bebê perder peso quando a mãe não estava por perto. Por isso, contou que preferia ficar diariamente no hospital, sem ir para casa de licença nos fins de semana, para que a filha se recuperasse logo, ganhando o peso adequado e pudesse voltar para casa o mais rápido possível. Vemos aqui um exemplo de como as crenças compartilhadas no contexto hospitalar, interferem na maneira das mães valorizarem certas atitudes.

Ao falar sobre o tema “desenvolvimento do meu bebê”, ela mesma considerou importante nesse processo, a aprendizagem, as amizades e as ajudas recebidas no período em que ficou no hospital esperando a alta da filha, dando um significado a ele como um tempo de:

“grande aprendizado, grandes ajudas, grandes amizades...”

Quando falou do desenvolvimento da filha, ela falou também de seu próprio desenvolvimento pessoal, a partir das interações que aconteceram no contexto hospitalar, dizendo que aprendeu a reclamar menos e ajudar mais.

Ao voltar para casa, Cintia passou a observar a filha em certas peculiaridades que não só o ganho de peso, como as demais mães participantes. No entanto, podemos inferir

que o fato de ter perdido o pai nesse momento e estar muito deprimida, fez com que ela passasse a observar o desenvolvimento da filha nos aspectos que acreditava estarem diretamente ligados ao seu estado emocional.

A primeira coisa que chamou a atenção foi o relato de Cintia, na nossa primeira visita a sua casa, de que sua filha não queria mais ficar em seu colo, afirmando que ela chorava toda vez que a segurava. Para ela, a filha tinha esse comportamento porque percebia seu estresse quando estava em seu colo, acreditando que a menina só ficava bem quando estava com o pai.

Outra observação de Cintia chamou atenção na segunda visita: ela considerou que o bebê chorava muito quando iam a consultas no hospital e que, somando-se a isso, a filha tinha aprendido a chorar, a ficar “enjoadas” e que até vomitava, quando iam às consultas. Na verdade, podemos perceber ao longo da pesquisa que Cintia mostrou uma tendência a descrever quadros psicossomáticos quando havia algum evento estressante na família. Exemplos: quando relatou a separação do marido, disse que os filhos tinham apresentado anorexia; ao referir-se à aquisições da bebê, disse que tinha aprendido a chorar e vomitar quando ia ao hospital; e no último encontro no ambulatório considerou que o filho mais velho estava muito triste com a morte do vô, por isso tinha emagrecido, estava muito rebelde e que eles precisavam de ajuda de um psicólogo. O marido, que estava ao lado, tentou mudar sua percepção sobre o emagrecimento do filho, dizendo-lhe que o menino tinha crescido, por isso parecia mais magro.

Não pudemos observar os comportamentos do bebê de Cintia, da forma como ela os descrevia. A menina não chorou quando foi para o colo da mãe, nem mesmo quando Cintia se emocionou ao falar do pai e em dois momentos que a encontrei no ambulatório com a filha e o marido, esperando a consulta, o bebê estava muito tranquilo, inclusive em seu colo. Ao perguntar-lhe sobre como estavam em casa, se os cuidados com a menina estavam mais tranquilos, os pais entraram em contradição: Cintia disse que estavam ainda mais difíceis, mas o pai considerou que a menina não dava trabalho nenhum, que quase não chorava.

O momento de tristeza vivido por Cintia, portanto, parece ter causado impacto na forma dela relacionar-se satisfatoriamente com a criança, atribuindo ao pai esse papel,

participando também da maneira como ela passou a dar sentido a certos comportamentos da filha, ou seja, a seu desenvolvimento, e à sua participação no mesmo.

A sensação de insegurança de Tamara em participar positivamente do desenvolvimento de seu filho, pareceu estar ligada à sua concepção de desenvolvimento, que minimizava em muito o papel dos pais, em detrimento de uma valorização das características biológicas do bebê. Para ela:

“O desenvolvimento vai do DNA da pessoa, não que não deixe de ajudar, né, a alimentação, os pais, o respeito, carinho, muito amor, muita atenção, não é que isso não faz parte (...), mas o desenvolvimento vai do organismo.”

Nesse momento, perguntei se achava que o desenvolvimento já estava predeterminado e ela mais uma vez, respondeu enfática:

“Já! (...) Totalmente (...), vai de cada DNA!”

Tamara pareceu se referir ao filho como menos capaz que o da amiga e seus cuidados como mais difíceis, assim como foi seu parto. Essas idéias pareceram mais uma vez ligadas a sua crença de que o desenvolvimento tinha a ver com o “desempenho” do próprio organismo.

“Tem o fato da B (disse o nome da outra mãe que participava da conversa), o nenê dela foi bem menor que o meu...O seu foi o que? 24 semanas, E? Poxa, então, o parto dela foi normal e tudo, a E (nome do bebê da amiga) teve força pra isso e... se ela viveu é porque ele merece. Eu acho assim, o desenvolvimento vai de cada um”

Ao falar de que estava trabalhando fora de casa, Tamara, de forma curiosa, parecia responsabilizar também o bebê, pelo fato de não poderem ficar muito tempo juntos:

“ele tem pra mim, as quatro horas dele, se ele estiver disponível... do contrário ele dorme, acabou!”

Logo, se ela acreditava que o desenvolvimento dependia do organismo, e considerava esse organismo de certa forma incapacitado, como manteria expectativas positivas quanto ao desenvolvimento dele? Pelo contrário, permaneceu até o momento em que finalizamos a pesquisa de campo, sentindo insegurança com relação ao futuro da criança, até mesmo com sua vida, como mostrou ao falar:

“Olha eu vou te falar a verdade, eu vim ter certeza do meu filho, ou não, hoje, porque...porque...quem me dá certeza? Ninguém me dá certeza do que realmente vai acontecer. Eu posso perder ele a qualquer momento (...) ninguém vai me dar certeza de quanto tempo realmente eu vou ter ele ao meu lado (...). Eu sou um pouco resistente ainda? Sou! Realmente sou, igual o pessoal fala assim, você sofre antecipado! Não é sofrer antecipado, é a verdade e realidade, você não sabe o que é o amanhã!”

Além de tudo, dessa mistura de sentimentos envolvendo o medo de perder o bebê; a insegurança com relação ao seu futuro; uma certa descrença nas potencialidades do próprio bebê e dela mesma em superar suas dificuldades; pareceu demonstrar um sentimento de apoio frágil para que ela pudesse manter expectativas positivas com relação ao desenvolvimento da criança. Tudo isso pareceu prejudicar processos interativos favorecedores de vínculos e aprendizagens sobre o bebê, o que pode ter colaborado ainda mais para um sentimento de incapacidade para atuar no desenvolvimento, conforme Tamara veio demonstrando ao longo da pesquisa.

As diversas interações ocorridas no contexto hospitalar em que as colaboradoras da pesquisa estiveram inseridas, mostraram ter participado de processos de constituição de concepções, crenças e expectativas das mães com relação ao desenvolvimento dos filhos e do seu papel nesse processo. No entanto, vimos que não participam de forma linear, mas de acordo com as relações que as mães estabeleceram entre as informações compartilhadas nessas interações e suas próprias crenças e valores culturais, por sua vez, desenvolvidos a partir de seus outros contextos de convivência sócio-histórico-culturais.

De maneira geral, as mães apresentaram uma tendência em oscilar entre a valorização de forças biológicas e sócio-afetivas no desenvolvimento dos filhos,

relacionando ainda a idéia de saúde e de crescimento ao mesmo, principalmente porque a pesquisa, como indicamos inicialmente, aconteceu durante um processo inicial de chegada de um bebê prematuro, período marcado por muitas expectativas quanto ao ganho de peso e melhora geral de suas condições clínicas.

Uma informação importante que vai ao encontro da hipótese da pesquisa é o fato de que a mãe participante que mostrou uma concepção bastante biologizada ou naturalista de desenvolvimento, em que este é predeterminado pelas características do organismo, foi a que apresentou maior dificuldade de vinculação afetiva com a criança e de perceber sua importância e capacidade para atuar em seu desenvolvimento, apesar de ter feito referência ao papel das ajudas mútuas entre amigas de quarto na aprendizagem dos cuidados. Achou que os cuidados com seu filho seriam mais difíceis, com baixa expectativa quanto ao futuro da criança. Obviamente, como vimos considerando, outros aspectos tiveram participação na maneira como Tamara deu significado à sua experiência materna. No momento que finalizamos a pesquisa, mesmo sendo ela a mãe que teve maior tempo junto com o bebê, ainda achava que ser mãe de um bebê prematuro era uma “experiência traumática”.

Em contrapartida - sem esquecer mais uma vez que inúmeros aspectos inter atuam de maneira complexa na forma que a mãe dá significado a experiência vivida - no caso de Joana, a mãe que mostrou mais segura em si e no desenvolvimento da criança, que vinculou-se mais fortemente com ela percebendo-a nas suas peculiaridades e potencialidades, foi também a participante que mais se aproximou de uma compreensão de desenvolvimento socialmente determinado. Para ela, o desenvolvimento estava muito ligado à estimulação, a aprendizagem, ao papel do ensino e das relações afetivas, o que pode estar relacionado ao fato de Joana participar de um contexto familiar que mostrou uma grande valorização das interações sociais e afetivas, compartilhando portanto, com este ambiente, suas crenças, valores e atitudes de uma maneira tão profunda, que por outro lado, foi a participante que mostrou maior resistência de partilhar essa cultura com a do ambiente hospitalar.

Interessante observar que quando as crenças das mães aproximavam-se mais de uma perspectiva naturalista de desenvolvimento, tinham tendência a apresentar expectativas negativas quanto ao desenvolvimento dos bebês prematuros ao passo que quando mais próximas de uma visão social do desenvolvimento, havia expectativas mais positivas, em

que os pais pareciam observar não só fragilidades mas potencialidades de recuperação das crianças.

Uma idéia muito presente no imaginário de Virgínia foi a de que o filho teria um desenvolvimento diferente de outros bebês nascidos a termo, porque apresentaria atrasos. Essa noção implicou num envolvimento cada vez maior em querer saber mais sobre a prematuridade e ficar próxima do filho, o que por sua vez, pareceu favorecer seu sentimento de capacidade de compreensão da situação e capacidade para cuidar e estimular o desenvolvimento dele. Vemos que um mesmo evento pode ser de risco ou proteção dependendo do significado que o indivíduo atribui a ele, e como age diante dele como sugeriu Martins (2001). Para Tamara, acreditar que o prematuro poderia ser mais frágil, tornou-a ainda mais insegura quanto às expectativas com relação ao futuro dele e quanto a sua possibilidade de atuar no seu desenvolvimento, além de sentir mais medo em vincular-se com ele.

Através de uma constante busca de informações com a equipe e outras fontes, como a internet, Virgínia passou a ter convicção de que, apesar dos atrasos, o bebê iria se desenvolver normalmente após dois anos, o que a fazia ter expectativas positivas com relação ao bebê e a si mesma, acreditando que o desenvolvimento do filho também dependia de sua permanência junto a ele, o que por sinal, tinha condições sócio-econômicas para fazê-lo, o que pode ter reforçado sua auto-confiança, pois valorizava uma ação que era possível de ser realizada. Diferentemente, Tamara apesar de não considerar tão importante sua permanência com o bebê, achando que o desenvolvimento dependia mais do próprio organismo, sentia-se mais insegura e ainda culpada, porque não podia ficar em casa com o bebê.

Maura também procurava aprender tudo o que podia sobre o desenvolvimento do filho, com o qual se preocupava muito desde a gravidez. Sempre considerou, como Joana, sua capacidade de aprender e de atuar em favor do desenvolvimento do filho. Ela tinha uma postura propícia para aprendizagens, sempre fazendo perguntas à equipe e pedindo leituras para o psicólogo do hospital e atribuiu a melhora do bebê ao fato de ter ficado perto dele o tempo todo. Mantinha expectativas positivas quanto ao seu desenvolvimento, identificando após ter ido para casa, uma série de conquistas do bebê, considerando-o muito inteligente. Valorizou as interações que ele tinha com a avó, com o irmão e com muitas crianças,

primos e primas que frequentavam a casa, acreditando que elas contribuíam no desenvolvimento.

Como as demais mães, Cintia partilhou de concepções e valores da equipe de que estar perto do bebê o ajudaria a se desenvolver. Teve uma tendência de perceber que seus pensamentos e atitudes sofreram influência positiva da coletividade, fazendo-lhe reclamar menos e pensar mais nos outros. Dessa forma, ela percebeu o desenvolvimento da filha quando estava no hospital, como um momento de grandes ajudas, amizades e aprendizagem. A forma como participava do desenvolvimento do bebê era influenciada claramente pelas interações sociais que mantinha em seus diversos contextos de vida. Inicialmente viu na filha uma possibilidade de reatar seu casamento, o que fez com que ela estimulasse o vínculo entre pai e bebê. A morte do pai, logo que saiu do hospital, afetou mais uma vez a maneira dela ver o desenvolvimento da filha e sua possibilidade de atuação nesse processo, passando a considerar que ela percebia seu estresse, e preferia, por isso, ficar com o pai.

Percebemos que as concepções e expectativas das mães em relação ao desenvolvimento dos filhos prematuros e a de si mesmas nesse processo, eram construídas e transformadas de maneira dialética e singular nas diversas interações sociais das mães em seus contextos de vida, dentre eles, o próprio ambiente hospitalar. Tudo isso participava de fato da maneira como valorizavam por exemplo, sua participação no desenvolvimento, como se envolviam na busca de mais informações e nos cuidados com os bebês. De maneira geral, quanto mais as mães percebiam-se capazes, pareciam mais envolvidas nos cuidados, com isso, mais aprendiam e sentiam-se mais competentes nos cuidados. Quanto menos expectativas quanto ao desenvolvimento e a si mesmas, menos envolvimento com a criança pareciam revelar. Esse processo dinâmico de envolvimento também relacionava-se com o próprio estado da criança e sua recuperação, que alimentava expectativas e, mais uma vez, interações e aprendizagens constantes.

#### **4.6. Os processos singulares de constituição materna das participantes e os espaços de convívio**

Devido à complexa constituição da vida concreta e simbólica das participantes da pesquisa - ligada como vimos, a suas histórias de vida, relações familiares, condições socioculturais, tipos de apoios recebidos, perfis pessoais e também seus desejos, expectativas, valores, crenças e a maneira como davam sentido às experiências - pudemos perceber que cada caso mostrou uma dinâmica particular, apesar de observarmos também a presença de mecanismos comuns de superação de dificuldades e promoção de desenvolvimento humano, quais sejam, as interações sociais positivas e as aprendizagens constantes a partir de espaços comunitários de convivência.

Virgínia foi considerada a mãe mais calma de todas pelas companheiras de quarto, apesar de ter sido a que mais tempo permaneceu no hospital esperando a alta do bebê. Ela assumiu que realmente era uma pessoa calma e foi a única que fez referência a retomar seus projetos pessoais de vida quando voltasse pra casa, como estudar psicologia, fazer artesanatos, escrever no computador, além de ficar com os outros filhos. Era a única a ter ensino superior completo, tendo realizado, também, curso de pós-graduação. Era a mãe financeiramente mais estável; morava num bairro nobre de Brasília, numa casa confortável, junto com o marido e seus outros dois filhos. Mostrou ter uma família afetuosa, unida e sorridente através de fotos que carregava consigo, no tempo em que permaneceu no hospital. Nestas fotos, havia também outras pessoas de seu convívio social, como parentes e amigos. Mostravam passeios em família, onde os filhos tinham sempre expressões tranquilas e alegres, de chamar a atenção. Pareciam bastante harmoniosos. O marido ia frequentemente ao hospital, sempre amistoso com o filho, com a mulher e as pessoas à sua volta; os filhos também iam esporadicamente. Após a alta, o pai permaneceu acompanhando Virgínia e o bebê nas consultas e mostrava, com o filho, sempre muito vínculo afetivo, o mesmo com a mãe.

Dessa forma, podemos perceber que Virgínia possuía características pessoais e ambientais que em seu caso foram favoráveis para que ela desenvolvesse um sentimento positivo quanto ao desenvolvimento do filho e ao seu papel materno. Ela procurava manter-se calma e buscar constantemente informações e apoios que pudessem contribuir para sua

compreensão e superação dos momentos mais difíceis. Contou situações em que buscou apoio da mãe, quando decepcionou-se ao saber que estava grávida de um filho quando queria uma menina; contou que esperou o marido para ir ver a criança pela primeira vez no berçário; contou que fazia pesquisas constantes na internet sobre prematuridade; pedia para amigos da igreja rezar pela criança e ainda falou de uma amiga enfermeira que considerava muito experiente, com a qual trocava muitas idéias e fazia muitas perguntas sobre bebês prematuros. Dessa forma, ela tinha uma tendência de valorizar e buscar apoio técnico e informal, que pareceu ajudá-la a ter confiança em si mesma e aprender muitas coisas sobre o bebê, o que fazia por sua vez, que apresentasse expectativas positivas quanto ao desenvolvimento. Ela como o marido, estabeleceram boas relações entre pessoas da equipe de saúde e com as companheiras de alojamento, convidando-os após a alta hospitalar, a irem a sua casa, no batizado do bebê.

Como defendem Souza e Pires (2003), quando há conciliação de aspectos da vida da mãe, ligados, por exemplo ao casamento, à profissão e às relações sociais, podem surgir laços familiares mais fortalecidos e até mesmo uma percepção de competência materna mais elevada. Virgínia pareceu se enquadrar nesta perspectiva, mostrando um vínculo e sentimento de capacidade cada vez mais positiva com relação ao filho. Ao mesmo tempo, esses autores identificam uma relação positiva entre a busca de mais informações e apoios técnicos como ela fazia, pois para eles, isso significa um aumento progressivo do investimento materno no processo de desenvolvimento da criança e no sentimento de capacidade das mães, porque aumentam também, suas capacidades de lidar com aspectos práticos das necessidades das crianças.

Um aspecto importante que pode ter contribuído ainda na gravidez para que ela desejasse muito ter o filho e superasse o fato dele ter nascido prematuro, foi a possibilidade dele nascer soropositivo. Isso a fez desejar muito por sua saúde e por sua vida, e talvez o alívio de não ter nascido com o vírus a fez aceitar de forma mais tranqüila, as características da prematuridade, apesar de se preocupar muito com os atrasos que poderia apresentar. Isso pareceu despertar uma vez mais, um dever de lutar pela vida do filho, o mesmo quando ela disse que iria abrir mão de interesses pessoais de voltar a estudar, trabalhar e fazer artesanatos, para ficar com o filho em casa por dois anos até que ele se desenvolvesse como os outros, como passou a acreditar a partir das informações que

buscava cada vez mais. Isso pode estar ligado a concepções culturais de dever materno e de culpa em não cumprir tal missão, como discutiu Badinter (1985). Podemos inferir isso também quando a participante contou que pediu a Deus pela vida do filho, dizendo-lhe que tinha tomado os remédios direitinho, ou seja, tinha cumprido sua parte.

Quando a visitamos em casa, percebemos que Virgínia procurava estimular o filho, por exemplo, utilizando brinquedos coloridos e com sons, demonstrando também segurança e um forte vínculo ao interagir de maneira afetiva com ele. A segurança que adquiriu em sua capacidade materna para estimular processos de desenvolvimento do filho, ficou tão aparente a ponto dela não aceitar e questionar encaminhamentos para que o filho participasse de uma série de atendimentos particulares, durante três dias na semana, sendo encorajada na tomada dessa decisão, por pessoas da equipe do hospital, para quem ela foi pedir, mais vez, apoio e orientações. Isso indica que seu processo de constituição positiva de maternagem, foi construída de forma social, em que as crenças e atitudes eram negociadas a partir de interações que ocorriam nos diversos espaços de convivência de Virgínia.

Esse aspecto social, assim como vários outros como veremos, não contemplou de maneira positiva, uma constituição segura de maternagem no caso de Tamara. Ela mostrou ter um enfraquecido apoio informal, em várias considerações: disse que morava em cima da casa da irmã, que era quem lhe ajudava nos cuidados; o companheiro não morava com ela cotidianamente; seus pais haviam morrido; recebeu apenas visita constante de uma amiga que era uma aluna universitária de seu local de trabalho, com quem nunca esperava contar naquele momento; referiu-se a não ter ninguém que lhe desse segurança quanto ao futuro do filho; e ninguém com quem deixar a criança para poder trabalhar. Pareceu não utilizar de forma satisfatória os apoios formais da equipe no sentido de desenvolver uma segurança nos cuidados com a criança. Fez referência apenas a um médico que lhe deu confiança na hora do parto, dizendo que não sairia do hospital sem o filho e de uma faxineira que lhe confortou depois do parto.

Tamara parecia ver o filho e a gravidez como a realização de um desejo de ser mãe, que foi frustrado, mantendo uma distância muito grande entre seus desejos e a forma como aconteceu o nascimento da criança. Ela parecia não conseguir manter vínculos afetivos com o bebê, além das dificuldades de aceitá-lo, por causa também de seu medo com relação a

sua vida e a sua própria insegurança nos cuidados maternos. Foi a que mais demorou para pegar a criança, apresentando sentimentos de culpa por perceber que tinha resistências em querer se aproximar e se apegar. Isso pareceu evidente até o final da pesquisa, pois durante as conversas ela nunca se referia ao bebê pelo nome, como as demais mães. Considerava frágeis as potencialidades do próprio bebê de superar sua condição adversa em relação a outros bebês. Ademais, ela apresentou uma concepção naturalista de desenvolvimento, acreditando ser ele predeterminado pelas características biológicas do filho, que excluía seu papel materno nesse processo. Quando considerou que sua permanência com o filho poderia ajudá-la a aprender sobre ele, mais uma vez, as condições de seu contexto foram desfavoráveis, pois ela precisava trabalhar e sentiu com isso, mais uma vez, impossibilitada de ser capaz de lidar com ele, além de mostrar com essa condição, um sentimento de culpa.

Ela apresentava muita ansiedade e preocupação com a questão da saúde-doença da criança, parecendo em alguns momentos relacionar-se com ela como “uma patologia a ser curada” em detrimento de olhar para suas possibilidades, seus avanços, enfim, de enxergar o filho como uma criança mais que um bebê prematuro.

Dessa forma, podemos ver que as diversas condições presentes na vida de Tamara, que pudemos observar, não favoreceram o desenvolvimento de sentimentos positivos com relação ao seu bebê a si mesma no envolvimento com ele. “O modo como sentimos nossas experiências e a forma pela qual elas se interligam aos nossos sonhos fazem parte desta coisa total a que chamamos vida, bem como da experiência individual (...).” (Winnicott, 1994, p. 68). Nesse sentido, ela achava também que ser mãe pela primeira vez a impedia de ter construído conhecimentos e habilidades para cuidar do filho.

Até o momento em que encerramos a pesquisa de campo, quando numa conversa em grupo, ela admitiu que além de ainda ter medo, continuava com uma percepção de si mesma bastante negativa, apesar de estar a quatro meses de alta, momento em que o bebê já estava com quase seis meses:

“Nunca senti, até hoje eu tenho medo (...), são pequenas coisas que se tornam enormes pra uma mãe que não sabe nada!

Em seu caso, seria importante pensar em possibilidades de intervenções sócio-educativas em que Tamara pudesse ter oportunidade de retomar seu processo de

constituição materna e vinculação afetiva com a criança, a partir de “negociações” constantes sobre seus valores, crenças e atitudes.

Essa vinculação afetiva, no caso de Tamara, esteve muito prejudicada, como vimos, por suas frustrações com relação a gravidez e ao bebê, suas concepções de desenvolvimento, sua percepção de incompetência materna, sem contar com uma enfraquecida rede de apoio informal e uma intervenção aparentemente pouco significativa, em seu caso, da rede formal de atendimento.

No caso de Cintia, o tipo de vinculação afetiva com o bebê foi influenciado por dois eventos principais que ocorreram em sua vida. Esses episódios foram determinantes justamente porque envolviam a perda das pessoas que constituíam para ela, sua principal fonte de apoio informal: o marido e o pai. Nas duas ocasiões que envolveram a separação conjugal e depois, a morte de seu pai, ela investiu mais no vínculo entre o marido e a filha, que em seu próprio vínculo com ela. Primeiro, porque pareceu ver nessa relação pai-bebê uma forma de manter seu casamento e depois, devido a morte do pai, devido a seu estado emocional depressivo.

Foi interessante perceber a partir de vários indicadores que a hospitalização para Cintia assumiu um significado bastante peculiar de acolhimento, aprendizagem, de coletividade, de desenvolvimento humano, de amor, até mesmo de familiaridade, a ponto de considerar que ter ficado internada “foi providencial”, já que não tinha ninguém para cuidar de seu resguardo e da própria filha, admitiu. Foi curioso o fato dela ter registrado com seu aparelho celular, não só as pessoas da equipe, tirando foto de cada profissional com quem interagiu, mas do próprio espaço físico do quarto 107 (Anexo 4.5) e da palavra maternidade. Tudo isso representava o sentido que tinha para ela, sua permanência nesse espaço de convívio. Apesar de ser mãe de mais dois filhos, ela dizia sentir-se “marinheira de primeira viagem” e considerou que aprendeu e ensinou a partir das amizades que fez, e que a fizeram reclamar menos da vida e ajudar mais as pessoas. Talvez suas necessidades emocionais e sociais a faziam enfatizar o caráter amoroso da equipe. Esses apoios e aprendizagens estimularam seus cuidados e interações com a filha e com outras pessoas, o que pode indicar uma possibilidade de fortalecimento de sua rede de apoio informal, após a alta. De fato, ela manteve contato com amigas de quarto e pessoas da equipe do hospital, e quando seu pai faleceu, ela considerou que essas pessoas pareceram sensibilizadas com

isso, o que indica que ela passou a considerá-las uma fonte de apoio, mesmo não estando mais convivendo sistematicamente com elas.

Maura, no entanto, foi a participante que mencionou vontade em manter esse convívio, sugerindo inúmeras vezes, a formação de um grupo de mães no hospital, para que permanecessem trocando informações, dúvidas, conhecimentos e afetos. No tempo que permaneceu no hospital, ela pedia leituras para o psicólogo, fazia inúmeras perguntas à equipe, com um perfil que contribuía para suas aprendizagens sobre a prematuridade e a crença de que ficar perto do filho, contribuiria para sua recuperação e desenvolvimento, o que considerou ter sido reforçado pela equipe do hospital.

Apesar de ter medo de perder o bebê desde a gravidez, devido a ter tido um aborto espontâneo antes dele, mantinha expectativas positivas quanto a si mesma e à recuperação do filho, tendo estabelecido vínculo afetivo com ele desde quando soube que era uma gravidez de risco, momento em que aumentou cada vez mais seu medo, mas também um sentimento de dever materno de lutar por sua vida, o que a fazia se envolver cada vez mais nos seus cuidados e nas orientações da equipe.

Nas visitas a sua casa, percebemos também que Maura procurava fazer o que a orientavam quanto à estimulação do filho, como colocar brinquedos no carrinho e no berço, usar um tipo de bacia para dar banho, deixá-lo com poucas roupas quando estivesse quente. Quando ia ao ambulatório, nas consultas, procurava sempre fazer uma visita ao berçário, rever a equipe e demais mães que estivessem alojadas. Muito interessante perceber que esse grupo de mães participante da pesquisa, pareceu ter organizado uma espécie de rede de informações mútuas, o mesmo com outras mães que ficavam no alojamento conjunto após terem recebido alta. Em nossos encontros domiciliares e por telefone elas sempre tinham alguma história nova pra contar, como o nascimento de gêmeos e a morte de uma mãe conhecida, do berçário. Interessante, que nessas conversas, elas também aproveitavam para falar de suas vidas, do bebê, de dúvidas, do que estava acontecendo com certa amiga de quarto, etc. Essa dinâmica pareceu muito importante para o desenvolvimento e aprendizagem dessas mães, o que nos faz pensar que de alguma forma, elas, ao receberem alta, sentiam falta de dar continuidade a esse processo coletivo de construção de conhecimentos, habilidades, vínculos, valores e atitudes.

Joana deixou claro desde o início, após o primeiro impacto do nascimento, que seria capaz de aprender a cuidar da filha, mas admitiu também ter sentido muito medo, insegurança e rejeição ao bebê, sendo ajudada a superar isso pelas pessoas de seu convívio hospitalar. Ela fez uma referência interessante de que nem sempre as visitas ajudavam a ter expectativas positivas com relação ao bebê, sua recuperação e desenvolvimento, mostrando uma tendência de negá-las quando tinham tais posturas.

Tanto Joana como seu companheiro procuravam ter expectativas positivas quanto à recuperação da filha, ao mesmo tempo em que interagiam com ela como uma criança singular e não como um bebê prematuro, despersonalizado, que “carregava uma lista de coisas que não iria fazer” até certa idade. Pelo contrário, o vínculo estabelecido permitiu que fossem constantemente atribuindo significados pessoais aos comportamentos da filha, participando ativamente e criativamente, de sua constituição como pessoa, e de suas próprias, em seus papéis paternos. Em conversa com os pais nas visitas domiciliares, eles falaram de vários aspectos importantes sobre as diversas interações sociais que mantinham nesse momento de suas vidas, em seus ambientes de convívio. Disseram que as pessoas ficavam perguntando porque ela era tão pequenininha apesar da idade, que isso cansava-os pois tinham que ficar explicando todo o processo. Eles agiam naturalmente, sem considerá-la uma criança diferente das outras, relataram, e as pessoas iam se acostumando até começarem a concordar com eles de que ela era na verdade uma vitoriosa, mais forte que qualquer um, ao invés de ser “uma coitadinha” como muitos sugeriam, segundo eles. Essa caracterização era o que mais os incomodava, segundo eles. No ambiente hospitalar, o que os deixava incomodados, era o comportamento dos médicos que discutiam os casos em frente às mães, falando nomes que Joana disse não conhecer, referindo-se à seqüelas e problemas que as crianças poderiam apresentar; para ela, era como se fossem “cobaias”. Além disso, ela disse que não agüentava mais os médicos ficarem falando de doenças e encontrá-las na filha, o que a fez exigir que a deixassem sair de lá. Para o pai da criança, ela iria se desenvolver melhor quando viesse para casa. Vemos, portanto, que eles tinham tendência de proteger a filha de interações que a colocavam numa condição desfavorável, inferiorizada, com baixa expectativa.

No hospital, Joana mostrou que possuía características pessoais que contribuía para sua constante aprendizagem. Interagia muito com todas as mães tanto no alojamento

conjunto como em outros quartos do berçário, enquanto aguardava sua filha poder sair da incubadora, durante mais de um mês. Nesse tempo ela mantinha diálogos permanentes, tentando observar o máximo como as outras mães faziam com os bebês, o que pensavam, o que sentiam, enquanto fazia também, perguntas que achava importantes para sua aprendizagem. Durante as conversas notamos que Joana procurava elaborar suas próprias compreensões a partir de tudo o que ouvia, verbalizando inclusive, sobre conhecimentos que tinha antes e como se transformavam a partir das interações com a equipe de psicologia e de enfermagem. Para aprender e desenvolver conhecimentos e habilidades, Joana também procurava observar a si mesma, o bebê e as trocas que realizavam, sempre produzindo nessas interações, significados pessoais positivos com relação ao vínculo, e ao desenvolvimento de capacidades de ambas. Isso, junto às interações constantes com uma forte rede de apoio formal e informal, pareceram fortalecer cada vez mais a ligação afetiva entre Joana e o bebê e sua autoconfiança sobre a possibilidade de atuar, mais que ninguém, em prol do desenvolvimento da filha.

#### **4.7. Discussão final**

Pudemos perceber que os vínculos entre mães e seus bebês iniciaram na maioria dos casos desde a gravidez, estimulados por “motivos subjetivos” diversos: como forma de proteção à condição de saúde do bebê, uma espécie de estimulação precoce ligada a um sentimento de dever de lutar pela vida da criança por ser uma gravidez considerada de risco; como realização pessoal, desejo de ser mãe ou ter um filho de determinado sexo e até mesmo como forma de reaproximação conjugal. Esses motivos participaram das maneiras como as mães imaginavam os seus bebês. De acordo com seus valores, desejos, necessidades, expectativas e interações que mantinham, mostraram “tipos de idealização” diferentes, desde características gerais como o bebê nascer saudável ou nascer de determinado sexo até mesmo características específicas da personalidade da criança e dela própria no papel de mãe.

Independente do tipo de idealização do bebê e de outras variáveis do contexto de vida das participantes, sua chegada foi sempre envolvida por um turbilhão de sentimentos, marcados por medo e insegurança, atenuados ou reforçados, sobretudo, por interações sociais, para as quais as mães mais uma vez, davam significados pessoais. Quando essas interações eram positivas com as mães, procurando acalmá-las e ajudá-las a terem expectativas positivas, isso de fato acontecia. No entanto, quando as interações eram impessoais e “medicalizadas”, as mães tendiam a apresentar mais medo e ansiedade, e expectativas mais negativas com relação à vida e as características da criança naquele momento. Cabe ressaltar que essas descrições sugerem tendências, mas não mecanismos lineares entre tipos de relações e seus impactos. Dessa forma, estaríamos desconsiderando a singularidade dos sujeitos envolvidos.

Dessa forma, percebemos que o impacto do nascimento do bebê prematuro, não se relacionou apenas com sua aparência de tamanho e fragilidade, mas com uma série de aspectos como os “motivos subjetivos” e os “tipos de idealização” que referimos anteriormente. Os primeiros encontros na UTI neonatal causavam estranheza e rejeição, além do medo e insegurança, a ponto delas utilizarem uma estratégia de autoproteção, em que procuravam evitar o sofrimento de ver os filhos naquela situação e de não saberem como lidar com eles, deixando de ir vê-los na incubadora. Esses momentos foram marcados

por sensações de incapacidade para aceitar, interagir e cuidar do bebê, mas ao mesmo tempo por sentimentos de dever materno de lutar pela criança, envolvidos por constantes interações de atenção das redes de apoio e de ensino-aprendizagem da equipe.

Desde já, podemos dizer que a pesquisa contribui para chamar a atenção sobre a relevância das interações das mães com pessoas de seus contextos sociais, dentre eles, o hospitalar, na constituição e transformação de suas crenças, expectativas e atitudes com relação a sua maternagem. As informações construídas indicaram ainda que o impacto dessas interações não pareceram ligadas apenas à constância em que aconteceram, mas ao momento em que aconteceram e a confiança que as participantes sentiam nas pessoas envolvidas nas interações. Podemos perceber que as diversas interações positivas que essas pessoas mantinham em seu ambiente social, atuavam positivamente mesmo em ocasiões em que não estavam presentes.

Os processos de superação da rejeição, do medo, e envolvimento nos cuidados, tiveram suas peculiaridades: umas demoravam mais, outras menos, umas interagiam mais afetivamente, outras não. Uma das mães demorou mais de um mês para aceitar pegar o bebê, enquanto outra, nesse período, desenvolveu uma relação tão estreita com a criança que chegava a manter interações lúdicas com ela, por exemplo, usando o peito e as mamadas, dando significados constantes aos comportamentos da filha e respondendo a eles, alimentando-se mutuamente cada vez mais na relação e vínculo afetivo, o que contribuía também para um sentimento de capacidade e segurança materna em seu papel no desenvolvimento.

Os processos de constituição dos “perfis maternos”, apesar de singulares, mostraram pontos de aproximação, por exemplo, relacionados a uma concepção de dever em cuidar e lutar pela vida da criança e sua recuperação, como dissemos anteriormente, apresentando também sentimentos de culpa quando distanciavam dessas atitudes ou desejos de realizá-las. Isso pode estar ligado a uma imagem materna construída socialmente, como defendeu Badinter (1985).

Outro processo que foi participando da maneira como se viam e atuavam com as crianças, foi a “aprendizagem constante” das mães, categoria utilizada por Souza e Pires (2003) para se referir a uma busca permanente de informações por parte delas. Essa tendência de buscar informações em diversas fontes, por exemplo, junto a pessoas (amigos,

outras mães de bebês de risco, profissionais), e/ou materiais informativos (internet, revistas, artigos), pareceu vinculada a características pessoais como nível acadêmico, gosto pela leitura e pelo conhecimento e perfil cognitivo, como capacidade de observação, atenção e seleção de informações relevantes, análise crítica na construção de valores, habilidades e atitudes. Esse processo também pareceu ter relação com características facilitadoras dos contextos de vida social, no caso o hospitalar e familiar.

No hospital, percebemos que as mães aprendiam principalmente a partir de processos interativos constantes, sobretudo com a equipe de enfermagem e com as colegas que permaneciam alojadas no berçário, por ser com estas, que mantinham relações sistemáticas, cotidianas e mais afetivas. Outros profissionais do convívio coletivo também participavam trocando idéias, crenças, valores e conhecimentos tanto científicos como do senso comum, como psicólogos, fisioterapeuta, pedagoga, as pessoas do banco de leite e algumas da equipe médica. Com as demais pessoas do ambiente, como o pessoal da limpeza, da cozinha, da rouparia e do setor administrativo, havia sempre o desenvolvimento de relações amistosas mútuas. Portanto podemos dizer que além de ser uma comunidade solidária, era também amistosa, por ser marcada por relações positivas, agradáveis, que envolviam os aspectos emocionais. A aprendizagem das mães entre si acontecia a partir de ajudas mútuas nos cuidados com os bebês; através de observação das ações realizadas pelas colegas e a partir de conversações constantes entre elas, quando partilhavam dúvidas, estratégias, informações, criando laços de amizade, que proporcionavam também uma comunicação afetiva e até mesmo não verbal, em muitos momentos.

Com a equipe de enfermagem, a aprendizagem se dava a partir de um processo de ensino-aprendizagem construtivo, marcado por relações empáticas, afetivas, dialógicas, em que as profissionais tentavam considerar as necessidades e preferências das mães, seus conhecimentos prévios e estratégias pessoais já utilizadas com eficiência, estimulando envolvimento delas numa aprendizagem ativa, autônoma e confiante, a partir de suas próprias interações com os bebês. No entanto, sempre estavam dispostas a realizar as ações em conjunto quando as mães sentiam-se muito inseguras, sem deixar de encorajá-las em sua capacidade de fazerem sozinhas, sempre num clima descontraído, de atenção e afeto.

O foco principal era, portanto, estimular o vínculo das mães com seus bebês e desenvolvimento de autoconfiança materna. Esse contexto de aprendizagem e

desenvolvimento de fato colaborava para que a maioria das mães desenvolvesse gradativamente, uma imagem positiva de si mesmas, do bebê, do próprio ambiente e das pessoas de seu convívio. Isso fazia com que retornassem com seus bebês após a alta hospitalar, sempre que podiam, para fazer uma visita às pessoas do berçário, inclusive às novas mães que estavam no alojamento conjunto, mesmo sem conhecê-las, o que constituía mais um momento de solidariedade e aprendizagem entre mães com diferentes experiências e conhecimentos relacionados a prematuridade.

A equipe de psicologia por seu lado, também a partir de interações positivas marcadas por diálogos e escuta sensível às mães, procurava disponibilizar outros recursos como revistas, livros e cartilhas educativas que pudessem contribuir para aprendizagens das mães, sobre aspectos diversos acerca do desenvolvimento dos bebês prematuros. Com isso, contemplavam ao mesmo tempo, os diversos estilos de aprendizagem, por exemplo, os que valorizavam informações técnico-científicas, a atividade de leitura e pesquisa, inclusive como atividade prazerosa.

Essa questão do desenvolvimento de atividades no alojamento conjunto também foi referida por diversas pessoas da comunidade do berçário, profissionais e mães, como uma intervenção importante para diminuição do estresse, socialização e, portanto, qualidade de vida. Pode constituir-se como humanização do serviço na medida em que contemple as acompanhantes como pessoas, como mulheres que têm outros interesses e necessidades que não apenas ligados ao seu papel materno.

Pudemos perceber que sentir-se capaz no exercício de um papel social específico ou constituir-se nesse papel envolve também características da personalidade como um todo, assim como os processos envolvidos nessa constituição vão fazendo parte da própria personalidade. Isso indica que os sujeitos não são retrato da realidade em que estão inseridos, mas compartilham crenças, valores e conhecimentos de determinado contexto, sendo constituídos ativamente a partir deste e transformando-o permanentemente. De fato, vimos episódios em que as mães mostraram ser capaz de exercer sua liberdade e autonomia em relação a uma cultura hospitalar, sobretudo médica, indicando uma tendência de negar a transmissão de uma cultura de cuidados com os bebês, quando colocada de uma forma impessoal e “medicalizada”.

Dessa forma, pudemos identificar no hospital, processos de aprendizagens significativos sobre os cuidados e atenção aos bebês que auxiliavam as mães a construírem conhecimentos, habilidades e uma visão positiva de si mesmas. Isso, sob condições específicas, que descrevemos em vários momentos, ligadas principalmente a qualidade das relações estabelecidas, o que por sua vez nos permitiu considerar o ambiente do berçário como um contexto comunitário que pode contribuir adequadamente para a constituição da maternagem das mães.

Vigotski (1997) defendeu o abandono de uma “pedagogia hospitalar-medicamentosa” que vê o desenvolvimento sob uma perspectiva puramente biológica na busca de uma “pedagogia criativamente positiva”, através de uma educação social. Talvez esta seja uma pista interessante que contrapõe os tipos de aprendizagens que nos referimos acima, uma construtiva, mais humana, buscando as capacidades dos sujeitos, e outra, instrutiva, prescritiva, despersonalizada...em última instância... desumana.

Nesse sentido, torna-se importante compartilhar da idéia em meio aos diversos programas no campo da saúde e educação e à população crescente de pessoas envolvidas na atenção a bebês prematuros de que o risco para o desenvolvimento da criança não está atrelado apenas a suas fragilidades físicas, sendo necessário apostas nas interações sociais e vínculos afetivos precoces e constantes.

Como vimos, o ambiente hospitalar, sob certas condições, mostrou ser um espaço muito interessante de trocas de conhecimentos, crenças e valores e também de promoção e transformação destes nas diversas interações sociais. Talvez uma contribuição deste trabalho, seja a indicação de que o contexto hospitalar possa ser considerado e utilizado de forma constante, inclusive após a alta hospitalar, como espaço de apoios e aprendizagens constantes não apenas sobre a prematuridade e no fortalecimento da capacidade materna, mas no próprio desenvolvimento humano e qualidade de vida de todos os participantes.

A organização de espaços de convívio no hospital pode contribuir em várias direções: para humanização dos atendimentos: para que a equipe e as mães possam identificar e construir em conjunto uma cultura de cuidados, identificando conhecimentos prévios, discutindo conhecimentos científicos e do senso comum, compreendendo conceitos; para que possam tirar dúvidas mútuas durante o processo; para que possam acompanhar, compreender e colaborar para os potenciais de desenvolvimento das crianças;

para que possam compartilhar estratégias mais adequadas não só para as crianças, mas para si mesmos, nas suas diversas atuações; para quem sabe, estabelecerem relações autênticas entre maior número de profissionais e pessoas atendidas, através de um processo dialógico, em que possam conviver, cuidando e sendo cuidados (Oliveira, 2001); para quem sabe, discutirem e atuarem sob um conceito de saúde (Fonseca, 2002) e educação mais amplo, em diversos contextos de vida.

No processo da pesquisa, foi muito importante o diálogo, a escuta sensível, o entrosamento sistemático nos contextos de vida das mães, o que possibilitou o estabelecimento de uma relação de confiança entre a pesquisadora e as participantes, a realização constante de observação e produção de idéias e sentidos sobre dinâmicas envolvidas no objeto de estudo, podendo compreendê-lo, com apoio de uma base teórica histórico cultural e contribuições de trabalhos empíricos da área do desenvolvimento do bebê prematuro, sob uma perspectiva necessariamente multidimensional. Além da qualidade dos apoios formais e informais recebidos, e da construção ativa de conhecimentos, valores e atitudes a partir de relações sociais em diferentes espaços, com destaque para o tipo de dinâmica educativa dialógica e de acolhimento do contexto hospitalar no qual as mães estiveram inseridas, pudemos perceber que o imaginário construído socialmente pelas mães como suas concepções de desenvolvimento, e também seus desejos, expectativas e significados pessoais com relação a si mesmas e aos bebês, pareceram aspectos importantes na forma como sentiam e desenvolviam sua capacidade materna, assim como estas, de forma dialética, faziam parte ao mesmo tempo, da constituição e transformação dos aspectos mencionados.

De acordo com a hipótese da pesquisa, há mães que se sentem incapazes de proporcionar os cuidados e estímulos necessários para o desenvolvimento de seus filhos, o que apareceu relacionado, dentre outros fatores, a uma concepção naturalista de desenvolvimento, apresentada por uma, dentre as cinco colaboradoras do estudo. Esse aspecto, como dissemos, não pode ser considerado de forma isolada. Dessa forma, o presente estudo parece colaborar no sentido de reforçar a idéia de que nenhum fator pode ser considerado isoladamente quando pensamos em processos de desenvolvimento e aprendizagem humanos, dada a sua complexidade, daí a importância de reflexões e atuações interdisciplinares. Nessa perspectiva, é fundamental considerar – quando

buscamos contribuir não apenas para a garantia da sobrevivência de crianças consideradas de risco, mas para seu desenvolvimento – não apenas o contexto concreto ou físico da vida dessas crianças, mas o contexto simbólico e sócio educativo em que elas e as pessoas de seu convívio estarão envolvidas, ou seja, a família e sua comunidade, incluindo nesta, os serviços de educação e saúde disponíveis.

Conforme defendem Fonseca, Scochi e Mello (2002), dentre as vantagens do sistema de alojamento conjunto está seu alto teor educativo, chamando atenção no entanto, para o fato de que nem todas maternidades desenvolvem atividades educativas regularmente e quando o fazem, geralmente elas se dão ainda de forma normativa, mecanizada e autoritária, defendendo a importância da educação em saúde<sup>9</sup> no alojamento conjunto.

De acordo com L'abbate (1994) grande parte dos serviços de saúde e serviços públicos em geral, são marcados por relações burocratizadas entre funcionários e clientela que não favorece o próprio desenvolvimento da cidadania das pessoas envolvidas. Em contrapartida, a área da Educação em Saúde é colocada pela autora como campo privilegiado de práticas que ocorrem no nível das relações sociais estabelecidas cotidianamente no âmbito institucional. Além de considerar que grande parte do trabalho em saúde envolve transmissão de conhecimentos e orientações, defende a idéia de que não podemos pensar os serviços de saúde sem refletir sobre as relações entre os sujeitos envolvidos, uma vez que qualquer atendimento em saúde envolve, no mínimo, a interação entre duas pessoas. Ressalta que a vida de relação nos grupos é fundamental para qualquer trabalho educativo. Ademais, podemos dizer que as práticas sociais, que incluem formas “intuitivas” das mães nos cuidados com seus bebês revelam a força da cultura no processo de desenvolvimento humano. Todos esses pressupostos reforçam e embasam iniciativas no âmbito da pesquisa e da prática multiprofissional que pretendem estabelecer diálogos entre as áreas da saúde e da educação. Esses diálogos, tendo como interface as questões relacionadas aos processos de desenvolvimento e aprendizagem, estarão, no entanto, fadados ao fracasso, como defende Werner (2001), se não se apostar na compreensão da dimensão simbólica dos sujeitos envolvidos, como pretendeu o presente estudo.

---

<sup>9</sup> “Entende-se por educação em saúde qualquer combinação de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (Candeias, 1997).

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNHA, E.L.G. Avaliação neuropsicológica na infância (0 a 6 anos). Em: OLIVEIRA, V.B. e BOSSA, N.A. (Orgs.). *Avaliação psicopedagógica da criança de 0 a 6 anos*. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 89-122.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BEREMBAUM, J. e HATCHER, J. Emotional distress of mothers of hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology*, vol.17, n. 3, p. 359-372. 1992.
- BRADFORD, R. *Children, families and chronic disease*. London: Routledge, 1997.
- BRANDÃO, J.S. Bases do tratamento por estimulação precoce da paralisia cerebral. São Paulo: Memnon, p. 105, 1992.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial, livro 1. Brasília: MEC/SEESP, 1994.
- BRASIL Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Especial. Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades especiais. Brasília: MEC/SEESP, 1995.
- BRAZ, P.F. *Estimulação precoce domiciliar: um programa de intervenção e sua análise em bebês de risco de 0 a 6 meses*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 1999.
- BRAZELTON, T.B. *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. Trad. J.L.CAMARGO. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- BRAZELTON, T.B. e CRAMER, B.G. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- BRITO, I.F. *Desenvolvimento infantil: concepções de professores e suas implicações na manifestação do preconceito*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, 2005.
- BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

- BROUSSARD, E.R. Assesment of the adaptative potencial of mother-infant system: Neonatal Perception Inventories. In: TAYLOR, P.M. (Ed.), *Parent-infant relationships*. New York: Grune & Stratton, 1980, 249-268.
- BRUNER, J. *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, vol. 31, n. 2. 1997. ISSN 0034-8910.
- CASTRO, E.K. e PICCININI, C.A. Implicações de doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, v.15, n. 3, p. 625-635. 2002.
- DESSEN, M.A. e JÚNIOR, A.L.C. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- EPPS, S. e JACKSON, B.J. *Empowered families, sucessful children*. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.
- FIGUEIREDO, B. *Mães e bebês*. Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e a Tecnologia. 2001.
- FIGUEIREDO, B. Maternidade na adolescência: conseqüências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, vol. 18, n.4, p. 485-498. 2000.
- FONSECA, L.M.M., SCOCHI, C.G.S., MELLO, D.F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, vol. 10, n. 2, p. 166-71. março-abril, 2002.
- FONTES. *Assistência materno-infantil*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1984.
- FORMIGA, C.K.M.R. *Programa de intervenção com bebês pré-termo e suas famílias: avaliação e subsídios para prevenção de deficiências*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2003.
- FRÔNIO, J.S. *Detecção da paralisia cerebral: uma análise do processo e das condutas posteriores*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlos. São Paulo, 1998.
- GONZÁLEZ REY, F. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

- GONZÁLEZ REY, F. O sujeito que aprende: desafios do desenvolvimento do tema da aprendizagem na psicologia e na prática pedagógica. Em TACCA, M.C.V.R. (Org). *Aprendizagem e Trabalho Pedagógico*. Campinas, São Paulo: Alínea, 2006.
- GONZÁLEZ REY, F. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- GONZÁLEZ REY, F. *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- GURALNIC, M.J. *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul Brookes Publishing, 1997.
- KAPLAN, D.M. e MASON, E. A maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder. *Am. Journal Orthopsychiatry*, n. 30, p. 539-552. 1960.
- KAZAC, A.E., REBER, M. e CARTER, A. Structural and qualitative aspects of social networks in families with Young chronically ill children. *Journal of Pediatric Psychology*, vol.13, n. 2, p. 171-182. 1988.
- KLAUS, M. H. e KENNEL, J.H.. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre. Artes Médicas, p.170-244. 1992.
- KLEIN, P.S. A mediational approach to early intervention. In: KLEIN, P.S. *Early intervention-cros-cultural experiences with a mediational approach*. New York: Garland Publishing, 1996, p. 3-16.
- KOLOBE, T.H.A. Family-focused early intervention. In: CAMPBELL, S.K. (Ed.). *Pediatric neurologic therapy*. 2a.ed. New York: Chuchill Livingstone, 1991, p. 397-432.
- L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad. Saúde Pública*, vol.10. n.4. 1994. ISSN 0102-311X.
- LEITCH, D.B. Mother-infant interaction: Achieving synchrony. *Nursing Research*, vol. 49, n. 1, p. 55-58.1999.
- LEONE, C.R.; TRONCHIM, D.M.R. *Assistência integrada ao recém nascido*. Atheneu: São Paulo, 1996.
- LEVITT, S. *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor*. Trad. Flora Maria Gomide Vezzà. 3ª. ed., São Paulo: Manole, 2001.
- LÉVY, J. *O despertar do bebê: práticas de educação psicomotora*. São Paulo: Mattins Fontes, 1982.

LÉVY, J. *O despertar para o mundo: os três primeiros anos da vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LINHARES, M.B.M., CARVALHO, A.E.V., BORDIN, M.B.M., CHIMELLO, J.T., MARTINEZ, F.E., JORGE, S.M. Prematuridade e muito baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento da criança, 2005. Disponível em: <http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/18/05.doc>

LINHARES, M.B.M., CARVALHO, A.E.V., MACHADO, C., MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. *Paidéia*, vol.13, n. 25, p. 59-72. 2003

LINHARES, M.B.M., BORDIN, M.B.M., JORGE, S.M. Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicol: Teoria e Pesquisa*, vol. 17, n.1, jan/abr, 2001.

LÚRIA, A.R. *Desenvolvimento cognitivo: seus fundamentos culturais e sociais*. São Paulo: Ícone, 1990.

LUZ, M. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

DADUREIRA, A.F.D.; BRANCO, A.M.C.U. Construindo com o outro: uma perspectiva sociocultural do desenvolvimento. Em DESSEN, M.A. e JÚNIOR, A.L.C. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARTINS, J.M.B. *Crianças nascidas pré-termo e muito baixo peso, na fase pré-escolar: histórico de desenvolvimento, comportamento e mediação materna*. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

NUNES, L.R.O.P. Educação precoce para bebês de risco. In: B. Range (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva*. Campinas: Psy, p. 121-132. 1995.

OLIVEIRA, M.K. O problema da afetividade em Vigotski. In: Taille, Y.L.; Oliveira, M.K e Dantas, H. (Orgs). *Piaget, Vigotski, Eallon: teorias psicogenéticas em discussão*. São Paulo: Summus, 1992.

OLIVEIRA, C., PEDROSA, A.A., RAMOS, M.M., MONTEIRO, S., CARNAVARRO, M.C. Impacto do nascimento de um filho, percepção neonatal e adaptação na transição para a maternidade. *Íber Psicologia*, vol.10, n.2, 2005.

- OLIVEIRA, C.M.; LESSA, N.P.; MARINHO, R.C. Alojamento conjunto para bebês saudáveis e de cuidados especiais / Unidade Canguru. Em Paulo R. Margotto. Assistência ao recém nascido de risco. 2ª.ed. Pórfiro: Brasília, 2004.
- OLIVEIRA, M.E. Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém nascidos pré-termo. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Goiânia, v.3, n.2. jul-dez, 2001.
- PAKULA, A.L. e PALMER, F.B. Early intervention for children at risk for neuromotor problems. In: GUARALNICK, M.J. *The effectiveness of early intervention*. Paul H. Brookes Publishing Co. Baltimore, p. 99-108. 1997.
- PELLETIER, L., GODIN, G., LEPAGE, L., DUSSAULT, G. Social support received by mothers of chronically ill children. *Child, Care, Health and Development*, n. 20, p. 115-131. 1994.
- POLÔNIA, A.C.; DESSEN, M.A.; SILVA, N.P.L. O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. EM: DESSEN, M.A. e JÚNIOR, A.L.C. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e prespectivas futuras*. Porto Alegre:Artmed, 2005.
- RANCIÉRE, J. *O mestre ignorante: cinco lições sobre a emancipação intelectual*. 2ª.ed, Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
- RAMEY, C.T. e RAMEY, S.L. Early Intervention and early experience. *American Psychologist*, v.53, n.2, p. 109-120. 1998.
- RODRIGUES, O.M.P.R. Bebê de risco e sua família: trabalho preventivo. *Temas em Psicologia da SBP*, vol. 11, n. 2, p. 107-113. 2003
- SAMEROFF, A.J. Models of development and developmental risk. In: ZEANA, C.H. (Ed.). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press, 1993, p. 3-13.
- SILVA, O.P.V. A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, vol. 4, n. 2, p. 15-24. 2002
- SILVA, N.L.P.; DESSEN, M.A. Intervenção precoce e família: contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner. Em: DESSEN, M.A. e JÚNIOR, A.L.C. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

- SILVER, E.J., WESTBROOK, L.E., STEIN, R.E.K. Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 23, n.1, p. 5-15. 1998.
- SOUZA, S.C.B. e PIRES, A.A.P. Comportamento materno em situação de risco: mães de crianças com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol. 4, n. 1, p. 111-130. 2003.
- TACCA, M.C.V.R. Estratégias pedagógicas: conceituação e desdobramentos com o foco nas relações professor-aluno. Em: TACCA, M.C.V.R. (Org). *Aprendizagem e Trabalho Pedagógico*. Campinas, São Paulo: Alínea, 2006.
- TACCA, M.C.V.R. (Org). *Aprendizagem e Trabalho Pedagógico*. Campinas, São Paulo: Alínea, 2006.
- TETI, D., GELFAND, D., MESSINGER, D. & ISABELLA, R. Maternal depression and quality of early attachment: an examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Development Psychology*, vol. 31, n. 3, p. 364-376.1995.
- TUDELLA, E. *Tratamento precoce no desenvolvimento neuromotor de crianças com diagnóstico sugestivo de paralisia cerebral*. Dissertação (Mestrado). Universidade Gama Filho do Rio de Janeiro, 1989.
- TUNES, E. O Estudo do desenvolvimento. In: CORRÊA FILHO, L. et all. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até três anos*, Brasília, 2002.
- TUNES, E., MITJÁNS MARTINEZ, A. e TACCA, M.C.V.R. Uma crítica às teorias clássicas da aprendizagem e à sua expressão no campo educativo. *Revista Linhas Críticas*, v.1, n.1, Brasília, 2005.
- VALSINER, J. *The guided mind: A sociogenetic approach to personality*. Cambridge. MA: Harvard University Press,1998.
- VALSINER, J. Bidirectional cultural transmission and constructive sociogenesis. In: GRAAF, W. e MAIER, R. (Orgs). *Sociogenesis reexamined*. New York: Springer, 1994, p.47-70.
- VIGOTSKI, L.S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- VIGOTSKI, L.S. *Problemas del desarrollo de la psique*. Obras Escogidas: Tomo III. Madrid: Ed. Visor, 1983.

- VIGOTSKI, L.S. El problema Del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. In: VIGOTSKI, L.S. *Problemas del desarrollo de la psique*. Obras Escogidas: Tomo III. Madrid: Ed. Visor, 1983.
- VIGOTSKI, L.S. Gênese de las funciones psíquicas superiores. In: VIGOTSKI, L.S. *Problemas del desarrollo de la psique*. Obras Escogidas: Tomo III. Madrid: Ed. Visor, 1983.
- VIGOTSKI, L.S. Obras Escogidas: *Fundamentos de defectología*. Tomo V. Madrid: Ed. Visor, 1997.
- VIGOTSKI, L.S. As raízes genéticas do pensamento e da linguagem. In: VIGOTSKI, L.S. *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- VIGOTSKI, L.S. Pensamento e palavra. In: VIGOTSKI, L.S. *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- VIGOTSKI, S.L. A psicologia e o professor. In: *Psicologia Pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 295- 304.
- VIGOTSKI, L.S. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. In: VIGOTSKI, L.S., LÚRIA, A.R., LEONTIEV, A.N. *Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem*. São Paulo: Ícone, 1988.
- WENDLAND, J. Junto de minha mãe: o alojamento conjunto. *Revista Mente e Cérebro*. São Paulo: Duetto 1ª.ed., p. 77-79. 2006.
- WERNER, J. *Saúde e educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno*. São Paulo: Gryphus, 2001.
- WINNICOTT, D.W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- YUNES, M.A.M. e SYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares. *Resiliência e Educação*. São Paulo, Cortez, 2001, p. 13-42 .

## 6. ANEXOS

### 6.1. Anexo 1

#### Entrevista Inicial

##### 1ª. Parte

##### 1. Dados Pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Atividade em que trabalha: \_\_\_\_\_

No. de filhos: \_\_\_\_\_

Casada: ( ) sim ( ) não ( ) outros \_\_\_\_\_

Pessoas que moram na residência: \_\_\_\_\_

##### 2. Dados do Atendimento na Instituição:

Motivo do acompanhamento no HuB:

Equipe(s) que os acompanha: \_\_\_\_\_

Qual objetivo desses atendimentos? \_\_\_\_\_

Você acha importante esse(s) acompanhamento? Por que? \_\_\_\_\_

Alguém vem junto com você aos atendimentos? Quem?

## **2ª. Parte**

### **1. Informações sobre a Gestação:**

A gravidez foi planejada?

Como ficou quando soube da gravidez?

Como foi a gravidez?

Aconteceu algum problema durante a gravidez? Qual?

Quem e como lhe comunicaram? Como se sentiu com a notícia? E sua família?

Teve acompanhamento? Onde e como foi acompanhada?

Fez pré-natal? Teve algum programa de orientação às mães ou a você em particular?

Foi uma gravidez considerada de risco? Por que?

O que os médicos falaram sobre a gravidez, o bebê, e sobre você?

---

Como você se sentiu naquela situação? O que pensava

O que você pensava sobre o bebê durante a gravidez? (planos, expectativas, etc)

### **2. Informações sobre o parto:**

Como foi o parto?

---

Como foi seu primeiro encontro com o bebê?

O que você sentiu quando o viu pela primeira vez? Como você ficou? E o bebê?

Você ficou com o bebê?

---

Você recebeu alguma orientação médica? Quais? Como recebeu?

Você recebeu alguma instrução dos enfermeiros (as)? Quais?

Sobre cuidados com você e com o bebê, quais? O que você achou? O que você sentiu depois dessa conversa?

### **3. Informações sobre o pós-parto e os primeiros cuidados:**

Como foi depois do nascimento de seu bebê:

Você com seu bebê e o bebê com você...

A rotina na maternidade.....

A equipe com você e com o bebê...

Sua família com você e com o bebê...

Você com outras mães na maternidade e com outros bebês....

Quem cuidava do bebê? Como cuidava? O que você achava desses cuidados?

Você podia pegar o bebê? Ficar com ele? O que você sentia? O que você fazia?

---

Você sentiu medo de pegar, cuidar do bebê? Por que?

Você sentiu que era capaz de cuidar do bebê?

Como você compreendeu a diferença de seu filho? O que você pensa disso agora?

O que o(s) médico(s), enfermeira(s), lhe falaram sobre o desenvolvimento da criança?

O que você achava da criança? E o pai? A família? Os amigos?

Achavam que era uma criança normal?

Como achavam que ia ser seu desenvolvimento?

## 6.2. Anexo 2

### Entrevista após a alta hospitalar

Como foi a alta da maternidade?

Como você se sentiu?

Você recebeu alguma orientação? De quem? Como foi?

Quem era seu (sua) acompanhante? O que eles pensavam sobre você e o bebê voltarem para casa?

Como vocês foram recebidos em casa por amigos, parentes, conhecidos?

Você achava que poderia cuidar do seu bebê?

Como você achava que seria cuidar de seu bebê?

Você achava que seria difícil cuidar de seu bebê? Por que?

Conte seus primeiros momentos sozinha com ele. Como se sentiu? O que fez?

---

### 6.3. Anexo 3

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos por meio deste convidá-la a participar desta pesquisa, que tem como objetivo investigar como mães de bebês considerados de risco percebem sua participação no desenvolvimento de seus filhos.

Serão agendados encontros individuais com a pesquisadora e um encontro em grupo com as demais mães participantes do estudo. Os encontros individuais serão gravados em fitas K-7 e posteriormente transcritos para a realização de análises.

As informações obtidas serão utilizadas para apresentação em congressos e publicações científicas, mas o sigilo de sua participação será garantido. Sua participação é voluntária. É assegurado o seu direito de desistir da participação nesta pesquisa, a qualquer momento, mesmo tendo assinado o presente documento.

Esta pesquisa é desenvolvida pela pedagoga e mestranda Adriana Maria Arantes Leme da Silva sob orientação da Profa. Dra. Maria Carmen Villela Rosa Tacca do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Brasília.

Informações adicionais podem ser obtidas diretamente com a pesquisadora pelo telefone 3307-3344 ou 9241-8333.

Solicitamos seu consentimento para participar deste trabalho e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, concordo em participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
(Participante)

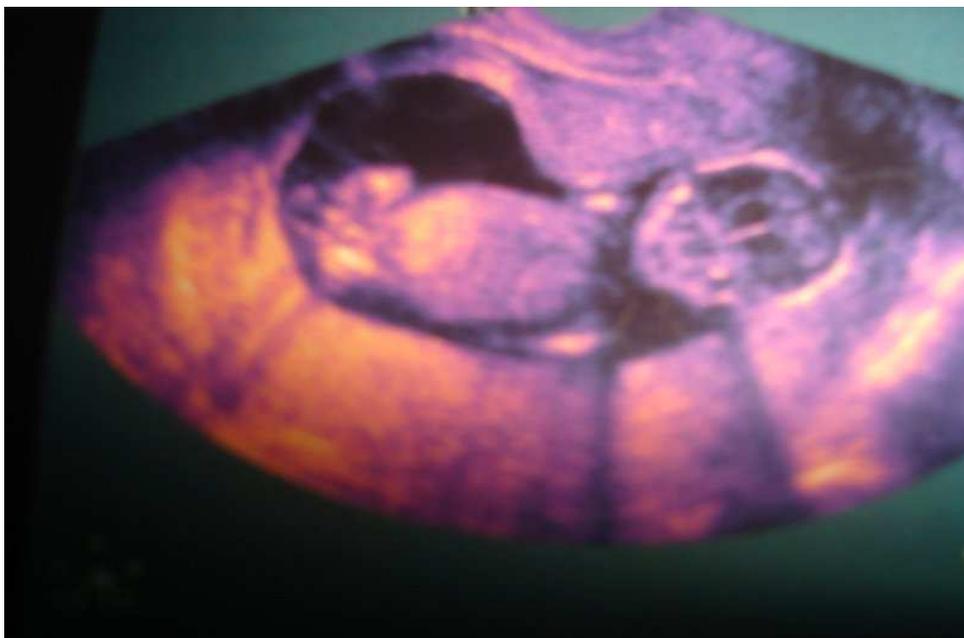
\_\_\_\_\_  
(Pesquisadora)

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

## 6.4. Anexo 4

### Fotos produzidas pelas participantes

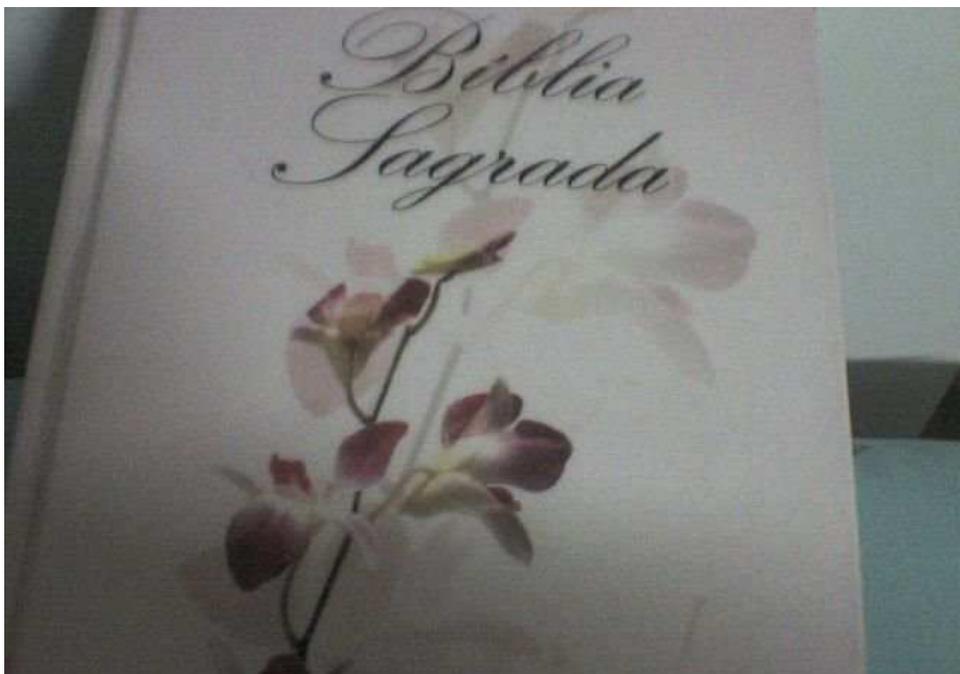
#### 6.4.1. Anexo 4.1



#### 6.4.2. Anexo 4.2



6.4.3. Anexo 4.3



6.4.4. Anexo 4.4



6.4.5. Anexo 4.5.



6.4.6. Anexo 4.6.



## 6.5 Anexo 5. Termo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: 028/2008

CAAE: 0082.0.012.000-08

Título do Projeto: “Mães e as suas capacidades de conhecer e corresponder à necessidades de seus bebês de risco”

Pesquisadora Responsável: Adriana Maria Arantes Leme da Silva

Data de entrada: 31/03/2008

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 028/2008 com o título: Mães e as suas capacidades de conhecer e corresponder à necessidades de seus bebês de risco, analisado na 4ª Reunião Ordinária, realizada no dia 13 de Maio de 2008.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 13 de Junho de 2008.

Prof. Volnei Garrafa  
Coordenador do CEP-FS/UnB