

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Karina Lima Lara

**PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO VIVENCIADOS POR MÃES EM UMA
UNIDADE DE NEONATOLOGIA**

Belo Horizonte

2011

Karina Lima Lara

**PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO VIVENCIADOS POR MÃES EM UMA
UNIDADE DE NEONATOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Luciana Kind

Belo Horizonte

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

L318p	<p>Lara, Karina Lima</p> <p>Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia. / Karina Lima Lara. Belo Horizonte, 2011. 85f.: il.</p> <p>Orientadora: Luciana Kind</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.</p> <p>1. Maternidade. 2. Recém-nascidos. 3. Prematuros. 4. Método mãe canguru. I. Kind, Luciana. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p>CDU: 159.9</p>
-------	--

Karina Lima Lara

**PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO VIVENCIADOS POR MÃES EM UMA
UNIDADE DE NEONATOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Luciana Kind (Orientadora) - PUC Minas

Jacqueline de Oliveira Moreira - PUC Minas

Kênia Lara Silva - UFMG

Belo Horizonte, 13 de dezembro de 2011.

*À querida tia Nanã, pela presença
constante em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, fonte de amor e misericórdia. Por guiar meu caminho e iluminar cada novo encontro.

Aos meus pais, Laurita e Fernando, pelo amor, incentivo e confiança em todas as minhas escolhas. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Luis Gustavo e Fernando Henrique pela amizade. Obrigada pelo carinho de sempre, pelo sorriso em cada conquista, pelas lágrimas e conselhos nos momentos difíceis.

À querida tia Nanã, que sempre adivinhou meus pensamentos. Obrigada pelos sábios ensinamentos e por participar e incentivar todos os meus sonhos. Infelizmente há alguns meses estamos vivenciando momentos dolorosos, mas a cada aperto de mão percebemos que sua luta pela vida nunca cessou.

Aos meus padrinhos, pelas palavras de sabedoria e orações.

Às minhas amigas psicólogas, Flavinha e Roberta, pelo incentivo e pelas leituras carinhosas.

À querida Lu, que apostou neste encontro e me acolheu neste mar estrangeiro, dizendo-me que eu nunca estaria sozinha. Agradeço o carinho, as sábias palavras, o convívio sempre agradável, a paciência e compreensão. Obrigada por todas as oportunidades que me proporcionou e pelo apoio e incentivo constante nesta trajetória.

Aos colegas do mestrado, pela oportunidade de aprendizado, pelos encontros e novas descobertas. Em especial à Érika e à Natália, pelas orientações conjuntas e pela deliciosa viagem em outros temas. Erikita, obrigada por todas as conversas e por ter compartilhado momentos de alegria e angústia.

Aos amigos da neonatologia, que acompanharam de perto esta produção.

A todas as mães que provocaram as inquietações deste trabalho, me proporcionando novas possibilidades de atuação profissional.

*Em cada possibilidade de encontro, um encanto que ajude a viver.
Em cada atitude posta, uma resposta como razão de ser.*

Padre Airton Freire (2011)

RESUMO

O bebê prematuro ou pré-termo é aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação. O nascimento prematuro quase sempre se apresenta como um momento inesperado e o bebê necessita de cuidados especiais, sendo afastado da mãe e encaminhado à unidade de neonatologia. Em meio a todos os aparatos tecnológicos ali presentes, a mãe passa a exercer o papel de coadjuvante, pois no lugar dos cuidados maternos, o bebê é submetido a diferentes procedimentos conduzidos por um conjunto de profissionais de diferentes formações. A atenção humanizada e de qualidade ao prematuro e à família é preconizada pelo governo federal, e se firmou oficialmente através da criação do Método Canguru (MC), que é composto por três etapas, sendo a primeira realizada na unidade neonatal. Nesta pesquisa buscou-se investigar a experiência de ser mãe de um bebê prematuro no contexto da primeira etapa do Método Canguru. O conceito de processos de subjetivação foi utilizado para essa tarefa, com base nas leituras de Deleuze, Guattari e Rolnik. O estudo se caracterizou como qualitativo com a produção de dados empíricos realizada em um hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte/MG. A entrevista semidirigida e a observação participante foram as técnicas utilizadas para esse fim. Foram envolvidas seis mães de bebês prematuros internados na unidade de neonatologia deste hospital, nascidos com idade gestacional entre 31 e 36 semanas, peso médio de 1500 a 2500 gramas e com estabilidade clínica. Trabalhou-se com a análise de conteúdo como ferramenta para uma compreensão analítica dos principais temas que emergiram das falas e das observações das mães que participaram desta pesquisa. Os registros das entrevistas e observações foram submetidos a processos de leitura sistemáticos e organizados em categorias, permitindo a retomada das hipóteses e objetivos do trabalho. Os resultados da investigação se revelam em duas categorias centrais: a experiência de ser mãe de um bebê prematuro e as relações mediadas pela internação do bebê na unidade neonatal. A primeira reflete sobre o processo de tornar-se mãe no universo da prematuridade, a percepção institucionalizada de ser mãe e a percepção do Método Canguru. A segunda indica os elementos que compõem a unidade neonatal, a internação do recém-nascido prematuro e a experiência de ser mãe nesta cena. Assim, acredita-se que este estudo permitiu a identificação de uma multiplicidade de

arranjos que atravessam a construção dos processos de subjetivação das mães de bebês prematuros no contexto da unidade neonatal. As ligações estabelecidas entre as mães, máquinas, objetos e narrativas provocaram a compreensão de formas singulares de se experimentar a maternidade.

Palavras chaves: Processos de Subjetivação. Maternidade. Recém-Nascido Prematuro. Método Canguru.

ABSTRACT

The premature baby or preterm infant is a baby Born with less than 37 weeks gestational age. Premature birth is almost always presented as an unexpected moment and the baby needs special care, being taken away from its mom and referred to the neonatology unit. Amidst all the technological devices were present, the mother starts to play a supporting role because in place of maternal care, the baby is subjected to different procedures conducted by a group of professionals from different backgrounds. The humanized and quality care for the premature and family is advocated by the federal government, and officially established by the creation of Kangaroo Care (KC), which is composed of three phases, the first held in the neonatal unit. In this study we sought to investigate the experience of being a mother of a premature infant in the context of the first stage of the Kangaroo Mother Care. The concept of subjectification processes was used for this task, based on readings of Deleuze, Guattari and Rolnik. The study was characterized as a qualitative one, with the production of empirical data at a public hospital in the metropolitan region of Belo Horizonte / MG. The semistructured interview and participant observation techniques were used for this purpose. There were involved six mothers of premature babies admitted to the neonatal unit of that hospital, infants with gestational age between 31 and 36 weeks, weighting 1500 to 2500 grams and with clinical stability. Content analysis was used as a tool for an analytical understanding of the main themes that emerged from the talks and the observations of the mothers who participated in this research. Records of interviews and observations were subjected to systematic reading processes and organized into categories, allowing the resumption of the assumptions and objectives of the work. Research results are shown in two main categories: the experience of being a mother of a premature baby and the mediated relationships by the infant's hospitalization in the neonatal unit. The first reflects on the process of becoming a mother, the institutionalized perception of being a mother and the perception of Kangaroo Care. The second indicates the elements that make up the neonatal unit, the hospitalization of preterm infants and the experience of being a mother in this scene. Thus, it is believed that this study allowed the identification of a multiplicity of arrangements that undergo the construction of the subjectification processes of mothers of premature babies in the

context of the neonatal unit. The links established between the mothers, machines, objects and narratives led to understanding of unique ways to experience motherhood.

Keywords: Subjectification Processes. Maternity. Premature Newborn. Kangaroo Mother Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Desenho da unidade neonatal	46
FIGURA 2 Entrada da unidade neonatal	47
FIGURA 3 Alto Risco/ “atrás do muro”	48
FIGURA 4 Alto Risco/ “atrás do muro”	48
FIGURA 5 Alto Risco / Isolado	49

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1 Caracterização das entrevistadas	50
---	----

LISTA DE SIGLAS

BNDES – Banco de Desenvolvimento Econômico e Social

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

MC – Método Canguru

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNPT – Recém-nascido prematuro ou pré-termo

SEPPEM – Serviço de Educação Permanente e Pesquisa Multiprofissional

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CONTORNOS DA UNIDADE NEONATAL	17
2.1 O nascimento prematuro	17
2.2 Ser mãe na unidade neonatal.....	20
2.3 O Método Canguru	24
2.3.1 <i>A figura da mãe no Método Canguru.....</i>	<i>28</i>
3 PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NA UNIDADE NEONATAL	32
3.1 A unidade neonatal como elemento de produção de subjetividade.....	32
3.2 O olhar sobre a mãe	38
4 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	42
4.1 Procedimentos de coleta	43
4.2 A cena	44
4.3 As mães	49
4.4 Procedimentos de análises	50
5 EXPERIÊNCIA DE MATERNIDADE E PREMATURIDADE	53
5.1 A experiência de ser mãe de um bebê prematuro	53
5.1.1 <i>A percepção do encontro com o filho prematuro</i>	<i>59</i>
5.1.2 <i>A percepção do Método Canguru</i>	<i>63</i>
5.2 Relações mediadas pela internação do bebê na unidade neonatal	66
5.2.1 <i>A amamentação</i>	<i>68</i>
5.2.2 <i>O espaço físico como elemento de subjetivação.....</i>	<i>70</i>
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE	80
ANEXO	85

1 INTRODUÇÃO

O recém-nascido prematuro ou pré-termo (RNPT) é aquele que nasce com menos de 37 semanas de gestação (WHO, 1961). Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), nascem anualmente 20 milhões de bebês prematuros e com baixo peso em todo o mundo. Destes, 1/3 morre antes de completar o primeiro ano de vida, o que representa elevado índice de morbidade e mortalidade neonatal.

No momento inicial da vida de um bebê, a presença da mãe é percebida como fundamental. A importância do contato íntimo da mãe e do pai com o recém-nascido pré-termo, visto como ação que exerce profundos efeitos em seu futuro crescimento e desenvolvimento está arraigada na cultura ocidental. Entretanto, no nascimento prematuro, o bebê, na maioria das vezes, necessita de cuidados especiais, sendo afastado dos pais e encaminhado à unidade de neonatologia. Em meio a todos os aparatos tecnológicos ali presentes, a mãe passa a exercer o papel de coadjuvante, pois no lugar dos cuidados maternos, o bebê é submetido a diferentes procedimentos invasivos e dolorosos.

O contato diário da pesquisadora com recém-nascidos prematuros, suas mães e suas histórias na divisão de serviços de neonatologia de um hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte contribuíram para o surgimento de questões acerca desse contexto onde novos modos de ser mãe pareciam ser forjados.

A Unidade onde esse estudo se desenvolveu é composta por 24 leitos, sendo 14 de alto risco e 10 de baixo risco, destes, 14 credenciados como unidade de terapia intensiva. A equipe é multidisciplinar, composta por pediatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, terapeutas ocupacionais, enfermeiras e técnicos de enfermagem, além de psicóloga e assistente social que atuam em conjunto com a maternidade. A busca permanente por uma atenção à saúde centrada na humanização da assistência é preconizada, e tem sido implementada através dos projetos internos de reunião clínica, acompanhamento de grupo de mães, atividades artesanais com as mães, incentivo ao Método Canguru (MC) e ao aleitamento materno, sensibilizando sempre a equipe e a família.

Com o aumento crescente da sobrevivência de prematuros, a assistência aos pais e a participação da família nos cuidados do recém-nascido prematuro durante a internação têm sido prioridade em todos os serviços de neonatologia. De acordo

com o livro de registros da divisão de serviços de obstetrícia deste hospital e os dados para controle gerencial da unidade de neonatologia, no primeiro semestre de 2011 (janeiro a julho) foram registrados 1523 partos, sendo 229 partos de recém-nascidos prematuros, o que indica 15,0%. Deste total de recém-nascidos do hospital, 308 não tinham condições clínicas de permanecerem com suas mães no alojamento conjunto, sendo encaminhados para a unidade de neonatologia (20,22%). A grande maioria era de bebês prematuros, 160 (51,4%). Esses dados demonstram um número considerável de bebês prematuros, o que justifica uma maior atenção para essa população de risco.

A pesquisadora, com formação em fisioterapia, viu-se provocada pela necessidade de compreensão sobre quem eram as mães que emergiam marcadas por essa cena. Deste modo, buscou-se uma literatura teórico-conceitual da área da psicologia para se analisar os processos de subjetivação que marcam a experiência de ser mãe de um bebê prematuro internado em uma unidade neonatal, cenário da primeira etapa do Método Canguru. O conceito de processos de subjetivação foi utilizado para essa tarefa, trabalhando-se com leituras de Deleuze, Guattari e Rolnik.

Como pressuposto desta pesquisa, acreditava-se que a experiência de ser mãe podia se modificar nesta nova cena, resultado dos múltiplos atravessamentos que o ambiente, os profissionais e a linguagem especializada produzem, contribuindo para o processo de produção de subjetividades. Mesmo reconhecendo a expressão dos papéis culturais frequentemente atribuídos às mulheres que se tornam mães, esperava-se encontrar experiências multifacetadas diante da prematuridade, dos equipamentos e dos procedimentos que compõem a assistência neonatal.

Esta pesquisa pretendia também contribuir para uma assistência neonatal mais consciente, ampliando as possibilidades de intervenção e propiciando melhor qualidade e humanização no atendimento, além de abordar a necessidade de uma melhor compreensão das práticas de saúde pública na atenção perinatal.

A atenção humanizada e de qualidade ao prematuro e à família é preconizada pelo governo federal, e se firmou oficialmente através da criação do Método Canguru. A mudança na forma do cuidado neonatal proposta por este método está baseada na promoção do contato pele-a-pele, no respeito às individualidades, na promoção do aleitamento materno e no envolvimento da mãe nos cuidados com o filho. Ele é desenvolvido em 03 etapas, sendo a primeira

realizada na unidade neonatal, etapa que foi abordada neste estudo. A segunda ocorre na enfermaria canguru, onde o bebê permanece de maneira contínua com a mãe, seguido do acompanhamento ambulatorial da criança e da família, o que acontece na terceira etapa.

Deste modo, o programa pretende não apenas favorecer a melhora e manutenção da saúde do recém-nascido prematuro, mas também incentivar a formação do vínculo entre a díade mãe-bebê. O Método aposta na aproximação cotidiana da mãe com o bebê, no contato físico de forma gradual, crescente e seguro, no estímulo à amamentação e participação nos cuidados diários como elementos que reforçam o envolvimento afetivo precoce e os papéis de cuidado com os filhos condensados principalmente na mãe. Porém, a concepção idealizada de maternidade na qual o programa parece se fundamentar pode ser enunciada por campos de forças conflitivos, pois a experiência de ter um filho prematuro possui singularidades e construções individuais e coletivas.

Como modo de organizar a apresentação da pesquisa, o presente trabalho foi dividido em dois capítulos teóricos, abordando os contornos da unidade neonatal e o conceito de processos de subjetivação. Os dois capítulos subsequentes abordam as escolhas metodológicas e a análise dos resultados encontrados.

No primeiro capítulo apresentou-se uma leitura do nascimento prematuro e suas implicações para a mãe e a família, associado à internação do bebê na unidade neonatal e a percepção do Método Canguru. No segundo capítulo, os conceitos de processos de subjetivação e noções correlatas foram utilizados para fundamentar os componentes da construção do “tornar-se mãe” diante da prematuridade do bebê e sua internação em uma unidade neonatal.

No terceiro capítulo foram abordados os caminhos metodológicos. Esta pesquisa se caracterizou como qualitativa, sendo realizada em um hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte/MG. A entrevista semidirigida e a observação participante foram as técnicas de coleta utilizadas. O quarto capítulo contemplou a análise dos dados. Trabalhou-se com a análise de conteúdo como ferramenta para uma compreensão analítica dos principais temas que emergiram das falas e das observações das mães que participaram desta pesquisa. Assim, acredita-se que este estudo permitiu a identificação dos elementos que atravessavam a construção dos processos de subjetivação das mães de bebês prematuros no contexto da unidade neonatal.

2 CONTORNOS DA UNIDADE NEONATAL

Neste capítulo, será apresentada uma revisão de literatura sobre a relação entre a mãe e o bebê. Observa-se, nas discussões encontradas sobre o assunto, que elas se ancoram em diferentes concepções de maternidade. Foram incluídas perspectivas históricas e sociais assim como as fundamentadas no pensamento winnicottiano. A leitura do nascimento prematuro e suas implicações para a mãe, associado à internação do bebê na unidade neonatal e a percepção do Método Canguru podem ser acompanhadas na apropriação que se faz dessa literatura.

2.1 O nascimento prematuro

O nascimento prematuro é definido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1961) como aquele que ocorre até 37 semanas de gestação. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), nascem anualmente 20 milhões de bebês prematuros e de baixo peso em todo o mundo, morrendo 1/3 antes de completar um ano de vida. Sendo assim, o recém-nascido de baixo peso (menor que 2.500 gramas) constitui um importante problema de saúde, representando um elevado percentual de morbidade e mortalidade neonatal.

A fragilidade e imaturidade dos bebês prematuros contribuem para a possibilidade de riscos e agravos no processo de desenvolvimento e crescimento neonatal. Os acometimentos perinatais compreendem principalmente os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, além de distúrbios metabólicos, dificuldade para alimentação e regulação da temperatura corporal (BRASIL, 2009). Desta forma, o atendimento a essa população de risco tem obtido foco primordial para redução da mortalidade infantil.

Silveira e outros (2008) realizaram um estudo de revisão com objetivo de avaliar a evolução das taxas de prematuridade no Brasil. A busca foi realizada nas bases de dados Medline e Lilacs, incluindo periódicos, teses e dissertações. Nessa busca, encontrou-se a tendência crescente e significativa da prematuridade no Brasil. Os fatores de risco incluídos foram o baixo peso materno antes da gestação, idades extremas maternas, história prévia de natimorto, tabagismo durante a gravidez, hipertensão arterial, sangramento vaginal, infecção do trato urinário, baixa

escolaridade, estresse materno e baixa qualidade de pré-natal ou menos de cinco consultas.

Bittar e Zugaib (2009) classificam a prematuridade de acordo com sua evolução clínica em eletiva e espontânea. Na eletiva, que engloba 25% dos nascimentos prematuros, a gestação é interrompida por problemas maternos, por exemplo, doença hipertensiva e descolamento prematuro de placenta e/ou sofrimento fetal. Já na espontânea, 75% dos nascimentos prematuros correspondem à etiologia multifatorial ou desconhecida.

Durante o período gestacional, a mulher se prepara para acolher o futuro bebê. Segundo o Manual de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso do Ministério da Saúde (2009), a experiência de ter um filho é o início de um momento importante no ciclo vital humano, repercutindo na vida familiar. O bebê imaginário dá lugar ao bebê real, com suas características individuais. Surgem expectativas, planos e projetos provocando a reorganização de toda a família e sua rede de apoio. Esta concepção veiculada pelo Ministério da Saúde reflete o alto grau de idealização que circunda a experiência de ser mãe, o que pode ser reforçado pela sua definição de parentalidade como:

O processo de formação dos sentimentos, das funções e dos comportamentos no desempenho da maternalidade e da paternalidade. Tem início anteriormente ao momento da concepção, percorre a gestação e o puerpério e permanece durante toda a vida (...) (BRASIL, 2009, p.26).

Para Sales e outros (2005), a partir do momento em que a mulher descobre estar grávida, ela desenvolve um sentimento de apego à futura criança. Porém, ao vivenciar o nascimento prematuro, a mãe passa a enfrentar uma situação de dor aliada à possibilidade de morte do filho. O nascimento prematuro ocorre de maneira inesperada, contrapondo todas as expectativas da mãe e da família. Segundo Moreira (2007), a mãe precisa elaborar a distância entre o bebê imaginário e o bebê real. Este parece frágil, muito pequeno e não apresenta traços que possibilitam a percepção da genética familiar, diferente do bebê imaginário, que é saudável, gordinho e parecido com os pais.

Este processo de nascimento pode ser traumático, quando considerado seu caráter temporal, pois o bebê prematuro não está pronto para o “primeiro despertar”, momento em que o bebê a termo sente-se seguro e alerta para abandonar o útero

materno (DIAS, 2003). Para Moreira e colaboradores (2009), o nascimento prematuro pode representar um trauma tanto para o bebê quanto para a mãe. Esta precisa elaborar o nascimento inesperado, onde as condições da maternagem encontram-se atravessadas pela vivência da culpa, do fato de não poder acolher o filho no colo e do medo constante de perdê-lo.

Thomaz e outros (2005) discutem sobre as relações afetivas entre mães e recém-nascidos termo e pré-termo. Em seu estudo, as mães de recém-nascidos a termo vivenciam o nascimento de maneira diferente das de recém-nascido prematuros. Neste último, a ligação afetiva mostrou-se mais difícil, estando permeada pela incerteza da sobrevivência e pelo fantasma da morte. Para Brum e Schermann (2004), que estudaram os vínculos iniciais e desenvolvimento infantil nas situações de risco, os pais de filhos prematuros mergulham em um ambiente de preocupação, sentindo-se ansiosos, cansados, assustados e desamparados. Nesta situação, o processo de formação do vínculo afetivo entre os pais e o bebê também pode apresentar dificuldades.

Nos últimos 30 anos, os avanços tecnológicos permitiram a sobrevivência crescente de bebês cada vez mais prematuros. O desenvolvimento adequado dessas pequenas crianças é determinado pelas necessidades biológicas, do ambiente e da família. Por outro lado, essa sobrevivência impõe o desafio de devolver às famílias e à sociedade uma criança capaz de desenvolver de maneira plena o seu potencial afetivo, cognitivo e produtivo (PROCIANOY; GUINSBURG. 2005 S1). As sequelas da prematuridade podem ser graves e danosas para o bebê e sua rede de apoio.

Segundo França (2004, p. 13), o recém-nascido prematuro “é privado de três aspectos fundamentais para seu desenvolvimento: o útero materno, a interação afetiva com os pais e o meio familiar.” Essa privação é decisiva para a construção de uma experiência traumática, pois a descontinuidade experimentada pelo bebê e por seus pais interrompe o continuar a ser do indivíduo, informa-nos Moreira (2007). A autora assinala que o bebê passa a ser invadido pelo excesso de estímulos, dificultando sua constituição como sujeito. A restauração desse compasso quebrado pelo nascimento pode ser amenizada pelo contato íntimo entre a mãe e o bebê, a formação do laço familiar (MOREIRA, 2007).

A ligação afetiva entre os pais e o novo bebê não acontece instantaneamente, ela é um processo contínuo. Os pais de bebês prematuros

internados devem ser orientados sobre a importância dos cuidados para a formação e o fortalecimento do vínculo, o que pode ser facilitado pela equipe de saúde. Para Brum e Schermann (2004), a mãe de um bebê de risco precisa encontrar um ambiente acolhedor e profissionais aptos para oferecer orientações e suporte emocional. Desta forma, o trauma pode ser amenizado, preparando a mãe para a construção do apego precoce e seguro.

Neste contexto, Moreira (2007) afirma ainda que é fundamental a colaboração da equipe na constituição do sentimento de competência da mãe, isto é, o desenvolvimento do estado de “preocupação materna primária”. Assim, o trauma do nascimento prematuro e da hospitalização na unidade neonatal pode ser amenizado pela ação da “mãe suficientemente boa”, exercida pela mãe biológica, pela equipe de saúde e por outras pessoas que circulam o cotidiano do bebê internado, criando um ambiente favorável ao seu desenvolvimento¹.

Para Silva, Silva e Christoffel (2009), a unidade de terapia intensiva neonatal se configura como um ambiente tecnológico, onde os avanços e a intervenção da equipe são voltados principalmente para a recuperação do bebê. Porém, o que acontece muitas vezes é o desvio da atenção para a maquinaria e a doença. Frequentemente, a equipe especializada está voltada para a manipulação técnica dos aparelhos e monitores, deixando de lado o cuidado do bebê como sujeito dotado de emoções e individualidades.

O meio ambiente e a forma do cuidado podem interferir negativamente no desenvolvimento de recém-nascidos prematuros. A separação do bebê e sua família, imposta pelas condições clínicas e normas da unidade neonatal pode prejudicar a formação dos laços afetivos, afetando o desenvolvimento psicoemocional do bebê (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

2.2 Ser mãe na unidade neonatal

Durante a gestação, acontece o desenvolvimento da relação entre mãe e filho. Ela se prepara para a maternidade e passa a imaginar como pode ser o primeiro encontro da díade. Porém, quando a criança nasce prematura e necessita

¹ Ainda que os fundamentos conceituais desse trabalho se amparem em Deleuze, Guattari e Rolnik, encontram-se muitos trabalhos sobre a relação mãe-bebê ancorados no pensamento de Winnicott. Assim, a terminologia Winnicottiana será retomada adiante num esforço de diálogo com esse autor.

do cuidado intensivo neonatal, este contato entre mãe e filho fica prejudicado. Diante da separação, a mãe sente-se deixada de fora, com sentimentos de impotência, desapontamento, solidão e culpa² (WIGERT, JOHANSSON, BERG; HELLSTROM, 2006).

Ferreira e Vieira (2003) concordam com esse pensamento ao afirmarem que essa separação é um acontecimento brusco tanto para a mãe quanto para o filho, e que se não ocorrerem intervenções externas com o objetivo de amenizá-las, pode acarretar sequelas no desenvolvimento da criança e no senso de competência materna.

Na unidade neonatal os avanços tecnológicos e a intervenção profissional se voltam principalmente para a recuperação do recém-nascido. Os pais se deparam com um ambiente novo, estranho e nada acolhedor, com a presença de uma equipe atarefada e um bebê real. Todos esses elementos aliados ao sentimento de culpa e medo enfatizam a situação, podendo gerar uma experiência de desamparo (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

A dificuldade do reconhecimento do recém-nascido como seu próprio filho pode estar presente, visto que o bebê não está saudável, e permanece repleto de aparelhos, intervenções e procedimentos (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997). Nesse ambiente dominado pela especialização, o desafio passa a ser a percepção da tecnologia em sua verdadeira dimensão no processo do cuidado, auxiliando a atenção à saúde da criança.

O bebê passa a ser excessivamente manuseado para cuidados de rotina e procedimentos invasivos e dolorosos, o que pode influenciar o seu desenvolvimento neuropsicomotor e sua capacidade de interação com os pais. Estímulos ambientais nocivos como ruídos, odores e luzes, além de diferenças de temperatura também podem contribuir negativamente. Na maioria das vezes, a relação da mãe e do pai com o filho está restrita ao olhar. Essa distância, acentuada pelo excesso de aparelhos técnicos dificulta a adaptação e a construção do vínculo (MOREIRA, 2007).

Neste contexto da internação repleta de estímulos, muitas vezes hiperestimulantes e agressivos para o bebê, apesar de necessários para a sobrevivência, a mãe precisa tentar encontrar um caminho para uma interação

² Traduzido livremente pela autora.

precoce na tentativa da construção segura do apego (BRUM; SCHERMANN, 2004). Segundo Obeidat, Bond e Callister (2009), pais necessitam ver, segurar e tocar seus recém-nascidos para facilitar essa relação³.

Porém, a mãe de um bebê prematuro pode não estar pronta para entrar no estado de “preocupação materna primária”, que “é uma condição psicológica muito especial, que se inicia nos últimos meses de gravidez e se mantém por algum tempo após o parto” (DIAS, 2003, p.134). Neste estado, as mães tornam-se capazes de se colocar no lugar do filho, identificando-se com seus bebês, e assim, respondendo às necessidades deles. Segundo Winnicott (1999):

Isto significa que elas desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada (WINNICOTT, 1999, p.30).

O bebê e todos os cuidados necessários tomam conta da vida da mãe. Winnicott (1999) afirma ainda que, nas semanas que se seguem após o parto, o bebê apresenta uma dependência da mãe:

(...) ela é o bebê e o bebê é ela. (...) ela também já foi um bebê, e traz com ela lembranças de tê-lo sido; tem, igualmente, recordações de que alguém cuidou dela, e estas lembranças tanto podem ajudá-la quanto atrapalhá-la em sua própria experiência como mãe (WINNICOTT, 1999, p. 4).

Para este autor, a saúde mental do indivíduo é construída desde o início pela mãe. Ela oferece o ambiente facilitador, que pode ser definido como “um ambiente em que os processos evolutivos e as interações naturais do bebê com o meio podem desenvolver-se de acordo com o padrão hereditário de cada indivíduo” (WINNICOTT, 1999, p.20). Nas primeiras semanas de vida do bebê, os processos de amadurecimento podem tornar-se experiências para o bebê. Se o ambiente oferecido pela mãe for constituído de características suficientemente boas, as tendências hereditárias que o acompanham podem alcançar resultados favoráveis (WINNICOTT, 1999).

A mãe suficientemente boa possui a característica de devoção, ou seja, envolvimento total e capacidade de cuidado do filho (DIAS, 2003). Segundo

³ Traduzido livremente pela autora.

Winnicott (1999), “o conhecimento intuitivo da mãe, a torna capaz de cuidar de seu bebê independente de qualquer aprendizado” (WINNICOTT, 1999, p.14). Porém, a situação da prematuridade pode levar a mãe a um distanciamento do filho, vivenciando uma situação de crise aguda, dolorosa e desgastante (ANDREANI; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2010).

Moreira e colaboradores (2009) afirmam que todas as mães devem fazer o luto do filho imaginado, pois ao nascer, o bebê preenche um espaço antes ocupado por sonhos e fantasias, e especificamente na mãe do bebê prematuro, a distância entre a fantasia e a realidade é muito dolorosa. Entretanto, se por um lado, a fragilidade do bebê dificulta o vínculo, por outro, é ela que convoca essas mães a saírem do lugar, respondendo a todas as demandas dos filhos.

A recuperação do bebê não depende unicamente dos cuidados clínicos e técnicos, mas também do carinho dos pais. Mittag e Wall (2004) estudaram os sentimentos e percepções dos pais sobre a internação de seus filhos em uma unidade neonatal. Para esses autores, os sentimentos de medo e angústia são amenizados à medida que os pais recebem orientações, estabelecem uma relação de confiança com a equipe de saúde e podem assumir cuidados no dia a dia dos filhos durante a internação. Neste mesmo contexto, Lamy e outros (1997) afirmaram que a equipe de saúde deve permitir a aproximação entre os pais e os filhos, promovendo uma assistência voltada para a humanização. Para isso, os profissionais devem entender como os pais percebem a hospitalização dos filhos, estabelecendo uma relação de compreensão e diálogo aberto, para contribuir na formação dos vínculos afetivos.

Com a perspectiva de minimizar os efeitos da hospitalização sobre os bebês e suas famílias, o Ministério da Saúde adotou o Método Canguru como Política Nacional de Saúde. Esta mudança no paradigma da atenção perinatal, aponta as questões do contexto da assistência neonatal humanizada atuando em conjunto com os avanços tecnológicos clássicos.

Atualmente, propostas de atenção humanizada envolvendo a criança e a família têm sido criadas, visando respeitar as individualidades e promover mudanças com impactos significativos na saúde e na sociedade. Com o objetivo de modificar a postura dos profissionais e humanizar a assistência ao recém-nascido, o Ministério da Saúde lançou em 2000 a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, uma Política Nacional de Saúde. O Método Canguru

é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Ele possibilita a facilitação no estabelecimento do vínculo mãe-bebê frente às dificuldades vivenciadas pela mãe no universo da prematuridade, e será apresentado adiante.

Com as leituras realizadas nessa revisão de literatura, percebe-se que as questões acerca do nascimento prematuro e a experiência da maternidade neste contexto apontam para a fragilidade da criança e das condições da maternagem. Os autores partiram de conceitos de mães marcadas pela relação mãe-bebê, pautados também na dificuldade da construção do afeto pela separação inesperada e permanência no ambiente puramente tecnológico. A proposta de uma atenção humanizada e a convocação da equipe de saúde para promover a incitação do envolvimento afetivo entre mãe e filho foi colocada como ponto amenizador desta situação dolorosa.

Interpreta-se, do lugar de pesquisadora que visa à produção de um trabalho com potencial para produzir efeitos nas práticas de assistência neonatal, que as convocatórias feitas às mães para assumir determinados papéis não devem ser impositivas. Parece importante ter em vista que essas leituras teóricas sejam tomadas como um conhecimento flexível, diante das quais as condições imediatas, o desejo e a subjetividade de cada mãe devem prevalecer. Reforça-se o caráter processual da experiência de maternidade, sempre aberto, desmontável, sujeito às múltiplas entradas para sua modelização. Esse trabalho aposta nestes pontos para compreender a vivência da mãe na unidade neonatal e seu processo de modificação provocado pelos elementos presentes neste cenário específico para o qual o estudo se volta, que é palco da primeira etapa do Método Canguru.

2.3 O Método Canguru

O Método Canguru, conhecido também como Cuidado Mãe Canguru, foi idealizado e implantado por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia, como alternativa para a falta de incubadoras, infecções cruzadas, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono materno, sendo uma alternativa para melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido prematuro (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004). O programa consistia em três componentes: a

posição canguru contínua (contato pele-a-pele mãe-bebê 24 horas por dia, 07 vezes por semana, por tempo prolongado); amamentação exclusiva e alta hospitalar precoce em posição canguru com seguimento ambulatorial. A partir dessa experiência, houve divulgação mundial para aplicação do método, porém, ainda com diferenças de padronização da técnica.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) define o Método Canguru como o cuidado do recém-nascido de baixo peso, após estabilização inicial, pele-a-pele com a mãe, iniciado precocemente e mantido de forma contínua e prolongada. É indicado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso, estável, que necessita de proteção térmica, alimentação adequada, observação frequente e proteção contra infecções.

Charpak e colegas (2005) afirmam que o Método Canguru foi inicialmente concebido como alternativa para o cuidado hospitalar habitual mínimo necessário para bebês com baixo peso ao nascer. No entanto, agora pode ser considerado como a intervenção mais viável, prontamente disponível para diminuir morbidade e mortalidade neonatal nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a implantação deste método teve início em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (SP), e a seguir em Recife, no Instituto Materno Infantil de Pernambuco, sendo reconhecido pela Fundação Getúlio Vargas e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), com participação no concurso de projetos sociais Gestão Pública e Cidadania em 1997 (BRASIL, 2009). A partir deste momento, o crescimento do Método Canguru no País contribuiu para sua definição como política pública, assim como acontece em outros países (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

O Ministério da Saúde aprovou no ano 2000 a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, o Método Canguru, definindo sua implantação nas unidades médicas-assistenciais integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). A adoção dessa estratégia contribui para a implantação de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde centrada na humanização e no princípio de cidadania e família (BRASIL, 2009).

O Método Canguru é definido nas diretrizes governamentais como:

Modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru.

Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Este método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao tórax dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (BRASIL, 2009, p.16).

Os serviços de saúde que aplicam esse programa apresentam estratégias heterogêneas de implantação. A forma mais comum é o uso do discurso humanizado, estimulando a participação da mãe no cuidado do filho, incentivando a formação do vínculo mãe-bebê e colocando a mãe como responsável principal (VERÁS; TRAVERSO-YÉPEZ, 2010).

São inúmeras as vantagens colocadas pelo Ministério da Saúde, como o favorecimento do vínculo; a redução do tempo de separação mãe e filho; o estímulo ao aleitamento materno; o favorecimento da estimulação sensorial adequada; a melhora do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido; além do controle térmico adequado; menor risco de infecção; maior confiança dos pais nos cuidados com o filho e melhor relacionamento entre a família e a equipe de saúde (BRASIL, 2009).

O Método proposto pelo Governo Federal é desenvolvido em três diferentes momentos e contextos institucionais, a saber, nas unidades neonatais, unidades canguru e após a alta hospitalar, no ambulatório de acompanhamento do bebê. Na primeira etapa, o recém-nascido permanece internado na unidade de neonatologia, onde deve ser preconizado o acesso orientado, livre e precoce dos pais, o estímulo ao aleitamento materno e a participação no cuidado do bebê. O contato pele-a-pele e a criação do vínculo com o prematuro também são estimulados (BRASIL, 2009).

Na segunda etapa, o bebê e a mãe permanecem em uma enfermaria conjunta, e a posição canguru pode ser adotada pelo tempo que ambos acharem prazeroso. Nesta fase, o bebê deve estar estável clinicamente, com peso mínimo de 1250 gramas e nutrição plena. O desejo de participar é um consenso da mãe, familiares e equipe, e ela deve ter conhecimento dos sinais de estresse ou qualquer alteração que coloquem a criança em situação de risco, além de habilidade para manejar a posição canguru (BRASIL, 2009).

A terceira etapa consiste na alta hospitalar e seguimento ambulatorial até 2500 gramas. A mãe deve, então, estar orientada e segura nos cuidados

domiciliares do bebê e ter assumido o compromisso da continuidade do método. O bebê deve ter no mínimo 1600 gramas, e amamentação exclusiva. Esta etapa caracteriza-se por avaliações periódicas da equipe de saúde e acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor, ganho de peso e orientações (BRASIL, 2009).

A adoção deste programa não tem a intenção de substituir as unidades de tratamento intensivo ou a utilização das incubadoras, mas sim uma mudança de atitude e abordagem do recém-nascido de baixo peso que necessita de internação hospitalar (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004). Lamy e outros (2005) também concordam com tal afirmação, sustentando que a promoção da mudança institucional na busca de atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania compõem o objetivo do método.

Neste estudo, o cenário é a unidade neonatal, local onde acontece a primeira etapa do Método. A atenção humanizada ao bebê e sua família deve ser priorizada, contribuindo para o acolhimento e inserção dos pais no cuidado de seus filhos. Arivabene e Tyrrell (2010) estudaram as vivências das mães a partir do Método Canguru. Neste trabalho, a participação das mães no programa favoreceu o aumento do vínculo mãe e bebê, a diminuição no tempo de separação entre o recém-nascido e a família, além da melhora no relacionamento da mãe com a família e com a equipe de saúde.

Moreira e colaboradores (2009) realizaram uma pesquisa qualitativa para compreender os efeitos do Método Canguru na relação mãe e bebê prematuro. Foi observado que o Método Canguru possibilita uma construção segura da maternagem, resgatando o tempo perdido a partir do nascimento prematuro. As condições da maternagem dentro da prematuridade é algo complexo, pois é atravessado pela culpa, o trauma e a presença constante do medo de perda do filho, mas apesar disso, o Método Canguru possibilita a conexão entre mãe e bebê. Em suas palavras,

É uma importante estratégia que busca promover um melhor desenvolvimento do bebê nascido prematuramente e possui como tarefa convocar a alteridade, o lidar com a diferença, com a singularidade da subjetividade de cada mãe, de cada psiquismo envolvido no percurso para enfrentar a prematuridade (MOREIRA *et al.*, 2009, p. 482).

Para estes autores, o programa não é desprovido de contradições, porém oferece de fato uma possibilidade de ligação entre a díade mãe-bebê. A prática do

Método Canguru parece ser fundamentada num modelo idealizado de ser mãe, com devoção incondicional e integral ao filho (MOREIRA *et al.*, 2009). A abordagem do modelo de maternidade socialmente construído, não é feita apenas pela prática do Método Canguru, mas também pelas próprias mães e pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado. Esta situação pode interferir e inviabilizar participações de mães que não obedecem a essa regra, mesmo que não seja esse o objetivo claro do método, o que será abordado a seguir.

2.3.1 A figura da mãe no Método Canguru

A prática do Método Canguru produz benefícios inequívocos ao bebê prematuro e suas famílias. Entretanto, o sucesso do programa depende de uma série de elementos, uma vez que se ampara na vontade da mãe em participar, no apoio da família e na atuação da equipe de saúde. Mesmo que a mãe compreenda a importância do Método Canguru para a recuperação do filho, a realidade e as dificuldades pessoais e familiares podem impedi-la de aderir efetivamente ao programa (TOMA, 2003).

Em seu clássico *Um amor conquistado: o mito do amor materno*, a historiadora francesa Elizabeth Badinter (1985) desnaturaliza a experiência da maternidade. Ela pondera que, aos olhos da cultura, a maternidade e o amor materno, pertencem à natureza feminina, uma mulher é feita para ser uma boa mãe. Porém, o amor materno, ainda que presente desde a origem dos tempos não pode ser pensado nem como uma experiência universal, nem restrita às mulheres. Esse sentimento pode ou não existir, ser forte ou frágil, e depende da mãe, dos sujeitos que se apresentam para essa experiência, de sua história e da História. Em suas palavras,

Primeiro, qualquer pessoa que não a mãe (o pai, a ama, etc.) pode “maternar uma criança”. Segundo, não é só o amor que leva a mulher a cumprir seus “deveres maternos”. A moral, os valores sociais ou religiosos podem ser incitadores tão poderosos quanto o desejo de ser mãe. (...) uma criança não pode sobreviver e desenvolver-se sem uma atenção e cuidados maternos, e não é certo que todas as mães humanas sejam predestinadas a oferecer-lhes esse amor de que ela necessita (BADINTER, 1985, p.17,18).

O entendimento da relação da mulher com a maternidade não acontece mergulhado somente nas histórias individuais de cada uma, mas na articulação dessa trajetória com os contextos sociais, históricos e culturais. O nascimento prematuro e as experiências vivenciadas na unidade neonatal também atravessam e definem os modos de maternar.

Moreira e Nardi (2009) analisaram os enunciados como produtores de maternidade. Seguindo reflexões de Foucault, utilizaram relatos de trajetórias de mulheres que são mães e trabalhadoras para problematizar a maternidade na contemporaneidade. Eles descreveram enunciados para regulamentar as práticas maternas, em especial, enunciados que definem o número de filhos por mulher, o tempo da maternidade e as condições econômicas para esse momento. Apesar de esses enunciados atuarem como regras, esses autores apontam a diversidade dos contextos permitindo que as mulheres se posicionem de maneiras diferentes, rompendo com a igualdade e potencializando novas formas de ser mãe.

A maternidade é abordada por Scavone (2001) como um fenômeno social, marcado por desigualdades sociais, raciais, étnicas, e pela questão de gênero. A autora enfatiza o rompimento com o determinismo biológico separando definitivamente a sexualidade e a reprodução, tanto pela contracepção quanto pelas tecnologias conceptivas, a maternidade sendo uma questão de escolha. Nas palavras da autora,

A transição de um modelo tradicional de maternidade (a mulher definida essencial e exclusivamente como mãe: proles numerosas) para um modelo moderno de maternidade (a mulher definida também como mãe, entre outras possibilidades: proles reduzidas e planejadas) deu-se com a consolidação da sociedade industrial (SCAVONE, 2001, p.49).

O papel de mãe presente no Método Canguru é caracterizado pela ausência da concepção sócio-histórico-cultural das relações parentais e as mudanças sociais na constituição familiar ao longo dos anos. Ele é colocado a partir da perspectiva idealizada de família nuclear (VÉRAS; TRAVERSO-YÉPEZ, 2010). Assim, essa concepção de maternidade e família na qual o método se concentra parece distante da população em geral, principalmente das usuárias de serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde.

Véras e Traverso-Yépez (2010) propõem uma reflexão crítica sobre o Método Canguru, apresentando sua aplicação a partir da concepção universal de

amor materno e de família, colocando a mãe apenas como instrumento de recuperação do filho. Isto desconsidera a subjetividade dos indivíduos envolvidos, assim como os fatores sociais, econômicos, familiares e culturais presentes na experiência da maternidade, que pode ser exercida por pessoas distintas e em momentos e espaços diversificados. Elas evidenciam também o caráter autoritário dessa política de saúde, tornando a maternidade uma submissão às regras impostas pelo Método Canguru e pela instituição hospitalar (VÉRAS; TRAVERSO-YÉPES, 2010).

As autoras afirmam ainda que, para obtermos uma melhora na qualidade dos processos de interação entre os atores sociais envolvidos, é preciso uma reestruturação das experiências e atenção ao desejo individual de cada mãe. Assim, a experiência de ter um filho prematuro e a permanência na unidade neonatal permitem atravessamentos individuais e coletivos. Os processos de subjetivação construídos de modo singular por essas mães durante a vivência na unidade neonatal e o contato com o Método Canguru precisam ser destacados para que seja possível a verdadeira humanização do cuidado.

A leitura do Método Canguru proporcionou à pesquisadora impressões que se destacam em contrapontos. O programa aposta na aproximação diária com o bebê, na importância do contato físico, no estímulo à amamentação, participação e segurança nos cuidados com o filho. Esses elementos sugerem que o Método reforça o papel da mãe como principal cuidadora. Contudo, sua instituição nos serviços de saúde depende da forma como a narrativa é interpretada, o que acontece de forma heterogênea, podendo ser algo proposto ou imposto.

A relação entre a mãe e o filho poderá ser formada de variadas formas pelo nascimento prematuro, pelo ambiente hospitalar e suas interfaces. Como visto nos estudos, a utilização do Método Canguru pode minimizar a vulnerabilidade do bebê no seu desenvolvimento físico e emocional e incentivar a relação de afeto, ou de outro modo, até mesmo, distanciar a díade, impondo uma concepção de maternidade unívoca e inventada.

Apesar de existirem críticas a este Método, ele representa uma evolução no cuidado neonatal, juntamente com os avanços tecnológicos clássicos. A abordagem integral do recém-nascido e a participação da família, ainda que o maior acento seja dado à presença da mãe, como uma nova forma de cuidado promovem um melhor desenvolvimento do bebê nascido prematuramente. Ao mesmo tempo em que o

programa oferece para a mãe condições para essa construção, a idealização da imagem materna e a vigilância da equipe sobre a mãe e suas funções pode fragilizar a real capacidade do cuidado materno. Porém, a maneira com que o programa é narrado e o modo como as mães se apropriam das instruções recebidas torna-se específico para cada uma, gerando, portanto, uma multiplicidade de experiências possíveis de se tornar mãe nessa cena.

Na unidade neonatal, as mães de bebês prematuros podem vivenciar uma nova experiência de maternidade, uma vez que os agenciamentos que compõem esta cena podem construir, simultaneamente, papéis culturais universalmente compartilhados sobre o que é ser mãe e a singularidade de cada relação. Essas vivências singulares contrariam as normas comportamentalistas da humanização e as concepções imaginárias do significado de ser mãe. O conceito de processos de subjetivação permite a desconstrução dessas perspectivas universalizantes, colocando em cena modos de experimentação multifacetados da maternidade. Diante disso, é necessário abordar os diversos componentes de produção de subjetividade experimentados pelas mães nesta unidade hospitalar, para o direcionamento desta pesquisa.

3 PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NA UNIDADE NEONATAL

As mães de bebês prematuros que permanecem internados na unidade neonatal experimentam diversos processos técnicos, linguísticos e materiais que vão modulando a maneira de ser mãe. Como visto no capítulo anterior, a literatura sobre “ser mãe” se apoia em diferentes perspectivas teóricas e concepções de maternidade. A ênfase winnicottiana encontrada na revisão de literatura revela uma compreensão sobre a mãe como capaz de desenvolver uma relação de identificação e total envolvimento com o bebê. Já as autoras que trabalham com perspectivas históricas ou com o apoio no construcionismo social, como Badinter, Vêras e Traverso-Yépez e Scavone, desconstroem uma versão unívoca sobre o que é ser mãe.

Este trabalho se fundamenta em autores que desconstroem a idéia de substancialidade do sujeito, de permanência e unicidade, buscando na experiência específica de uma unidade neonatal os elementos que participam da composição de variados modos de ser mãe. A noção dos processos de subjetivação e alguns de seus desdobramentos conceituais serão delimitados neste capítulo. Alguns autores como Deleuze, Guattari e Rolnik serão utilizados para essa abordagem.

3.1 A unidade neonatal como elemento de produção de subjetividade

Em linhas gerais, há certa tradição do pensamento psicológico em abordar as percepções internas do indivíduo. Entretanto, pensar em processos de subjetivação nos permite romper com a interioridade e ampliar a atenção para a multiplicidade de arranjos que afetam o sujeito. Para Guattari (1992), a subjetividade é plural, constituída por instâncias individuais, coletivas e institucionais. As máquinas sociais, tecnológicas, de informações e comunicação atuam na produção de subjetividades tanto na memória e inteligência quanto na sensibilidade dos afetos. Isso nos conduz a heterogeneidade dos componentes da produção da subjetividade, que inclui elementos que se manifestam através da família, da educação, meio ambiente, religião, linguagem e elementos fabricados pela indústria. Guattari (1992) explica que:

As transformações tecnológicas nos obrigam a considerar simultaneamente uma tendência à homogeneização universalizante e reducionista da subjetividade e uma tendência heterogenética, quer dizer, um reforço da heterogeneidade e da singularização de seus componentes (GUATTARI, 1992, p.15).

Tomando as considerações de Guattari como ponto de partida, acredita-se que a unidade neonatal se torna um novo universo de referência para as mães, uma nova produção de imagens articuladas com elementos das narrativas caracterizando a experiência singular de ser mãe de um bebê prematuro.

Este ambiente e sua maquinaria aliados à linguagem técnica da equipe de saúde também podem provocar os movimentos indissociáveis de desterritorialização e reterritorialização, onde novas vivências de maternidade provocam o abandono do território para fundar novos lugares. Guattari e Rolnik (1999) abordam o território como um elemento:

(...) relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual o sujeito se sente "em casa". O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços culturais, estéticos, cognitivos (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p.323).

Os autores sustentam que na desterritorialização os territórios originais se desfazem e reterritorializam como novas produções. Esse processo concomitante de des-re-territorialização é fundamental para entender as práticas humanas. Nesta pesquisa, estes movimentos acontecem mergulhados nas trajetórias individuais, na articulação com o ambiente e com a linguagem, o que pode produzir diferentes subjetividades, novas possibilidades de ser mãe.

Guattari e Rolnik (1999) afirmam que a subjetividade possui natureza maquínica. Ela é fabricada e modelada no registro social, descentrada em relação à idéia de indivíduo, não supõem nenhuma unidade, permanência ou totalidade. Seu campo é o de todos os processos de produção social e material. A subjetividade individual pode ser vista como resultante de determinações coletivas de uma multiplicidade de espécies, porém, o componente coletivo não exclui a singularidade, mas permite a construção da heterogênese do ser, isto é, a potência de estar sempre produzindo algo novo. Assim, esse processo de singularização é construído

emprestando, associando e adicionando determinações sociais, econômicas, tecnológicas e midiáticas.

Da mesma forma, Dorea (2002) coloca que a produção do coletivo não passa pelo sentido do agrupamento de pessoas, mas da composição de forças que resultam no devir e em liberdade e criação, fazendo alusão à possibilidade de emergência de novas singularidades a cada encontro. Trata-se de uma transformação mútua a partir da relação com o outro e de estar sempre aberto para novas conexões e percepções. O autor informa ainda que cada sujeito pode ser definido por vários afetos e devires, sendo ele próprio uma multiplicidade de acontecimentos que nunca param de afetá-lo e produzir efeitos diferenciados em sua vida.

Neste contexto, apoiado nos pensamentos de Deleuze, Zourabichvilli (2004) trabalha nos seguintes termos o verbete *devir*: “os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, de núpcias entre dois reinos” (ZOURABICHVILI, 2004, p.24). Entrar no campo do devir é poder compor algo a partir do encontro com o outro. Através de Guattari e Rolnik (1999), devir é o conteúdo do próprio desejo, e o desejo permeia o campo social. Para os autores o desejo “é sempre o modo de produção de algo, o desejo é sempre o modo de construção de algo” (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p.216).

Rose (2001) apresenta de modo sintético, uma definição de subjetivação baseada no pensamento de Foucault, Deleuze e Guattari:

A subjetivação é o nome que se pode dar aos efeitos da composição e da recomposição de forças, práticas e relações que tentam transformar – ou operam para transformar – o ser humano em variadas formas de sujeito, em seres capazes de tomar a si próprios como os sujeitos de suas próprias práticas e das práticas de outros sobre eles (ROSE, 2001, p.143).

Assim, a subjetividade não se relaciona apenas ao indivíduo e suas representações, o que desconstrói a ligação puramente interna. No caso de uma unidade neonatal, a multiplicidade de componentes do ambiente – que envolve os instrumentos, as técnicas e procedimentos, os profissionais e a linguagem especializada – contribui para a constituição dos processos de subjetivação e das relações que produzem a maternidade em situação de prematuridade do bebê.

As incubadoras, os berços aquecidos, os ventiladores mecânicos, os tubos orotraqueais, as sondas orogástricas ou nasogástricas para a gavagem da dieta, os

monitores para verificação dos dados vitais, os procedimentos e técnicas médicas, de enfermagem e fisioterapêuticas, a prática do Método Canguru, as orientações e medidas necessárias para ter acesso à unidade, os elementos da fala dos profissionais, a presença de outras mães e a troca de experiência são exemplos da constituição do ambiente externo, físico, interpessoal e social que atuam como peças de composição de processos subjetivos. Novos modos de ser mãe emergem marcados por essa cena, o que reafirma o entendimento processual da maternidade.

Tendo em vista este cenário, apoia-se na explicação de Rose que toma a subjetividade pela visão da socialização, compreendendo a interação do humano com o ambiente em que está inserido. São essas variadas relações e ligações que produzem “o sujeito como agenciamentos, que metamorfoseiam ou mudam suas propriedades à medida que ampliam e integram suas conexões” (ROSE, 2001, p.146). A mãe e suas conexões com o novo espaço e seus arranjos assim como com a prematuridade do bebê produzem um novo sujeito, um novo encontro. Portanto, a subjetividade não é algo adquirido, ou já pronto; é processual, está em constante movimentação, composta por vários elementos a partir de encontros estabelecidos.

Os conteúdos da subjetividade dependem de sistemas maquínicos. Como afirma Guattari (1996), as máquinas são formas hiperdesenvolvidas e hiperconcentradas de alguns aspectos da própria subjetividade humana. Para Guattari e Rolnik (1999), as máquinas nunca funcionam isoladamente, mas por agregação ou agenciamento. Elas engendram-se umas às outras, selecionam-se, eliminam-se, fazendo aparecer novas linhas de potencialidades. Entretanto, a evolução maquínica depende de sua articulação com os agenciamentos. Segundo Zourabichvili (2004), um agenciamento comporta dois segmentos, um de conteúdo e outro de expressão:

De um lado ele é maquínico de corpos, de ações e de paixões e mistura de corpos reagindo uns sobre os outros; de outro, agenciamento coletivo de enunciação, de atos e enunciados, transformações incorpóreas atribuindo-se aos corpos (ZOURABICHVILI, 2004, p.8).

A compreensão desses agenciamentos pode possibilitar a criação do novo, articulando o conteúdo e a expressão como processos concomitantes. (MENEZES, 2006). Um agenciamento contém componentes heterogêneos, de ordem biológica,

assim como social, maquínica, gnesiológica e imaginária (GUATTARI; ROLNIK, 1999). Seguindo as ideias de Deleuze, Guattari e Rolnik, é possível retomar de forma mais densa o conceito de território como um agenciamento. Os agenciamentos extrapolam o espaço geográfico, tudo pode ser agenciado, podendo ser também desterritorializado e reterritorializado. Com esse movimento mútuo o território se constitui (HAESBAERT; BRUCE, 2002). Cabe aqui retomar a leitura que estes autores propõem sobre o desejo como produção, maquínico, construtivo e produtivo. Dessa forma, o desejo faz agenciamentos, tem infinitas possibilidades de montagem, criando territórios. Independente das relações subjetivas, ele permanece em posição de produção de objetos e modos de subjetivação correspondentes (GUATTARI; ROLNIK, 1999).

Também para Rose (2001), a subjetivação não é fruto da psique ou exclusivamente da linguagem, mas do agenciamento heterogêneo de corpos, vocabulários, técnicas, julgamentos e práticas. As ligações estabelecidas entre os humanos, os humanos e máquinas, objetos, procedimentos, conexões e narrativas tornam possíveis as capacidades e experiências subjetivas.

A constituição de complexos de subjetivação é colocada por Guattari (1992) como “(...) indivíduo-grupo-máquina-trocas múltiplas, que oferecem à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e de alguma forma, de se re-singularizar” (GUATTARI, 1992, p. 17).

A cena que ora se pesquisa e seus agenciamentos fornecem essa variedade de atravessamentos, e essa combinação orienta a produção da maternidade de um bebê prematuro. Em todos esses agenciamentos do ser, a escolha, a autodescoberta e auto-realização devem ser consideradas. As práticas contemporâneas de subjetivação colocam em jogo o indivíduo, seu projeto de identidade e estilo de vida familiar. Rose (2001) afirma que apesar de se reconhecer a dimensão processual da subjetividade, as “narrativas do eu” conferem à experiência subjetiva ideias de permanência, interioridade e unicidade. Assim, “a vida e suas contingências adquirem sentido quando construídas como produto de escolha pessoal” (ROSE, 2001, p.194).

Marcello (2005), escrevendo sobre os modos de subjetivação feminina que permeiam a maternidade, analisou a forma com que o dispositivo da maternidade se ocupa da produção discursiva de mães, constituindo diferentes “modalidades

maternas”. Ele descreve como os indivíduos transformam-se em mães no dispositivo da maternidade a partir técnicas específicas para controlar-se, organizar-se e enunciar-se. De acordo com esse autor, as linhas de subjetividade proporcionam ao sujeito um processo de objetivação de si mesmo e de sua maternidade, sem desconsiderar que algumas vezes ele necessite voltar às normas elaboradas e ao historicamente construído, o que determina que “o modo de ser mãe é histórico” (MARCELLO, 2005, p. 150).

Esse contexto nos faz pensar na invenção histórica da maternidade e na figura idealizada da mãe, o que se evidencia na prática de normatizações como o Método Canguru, na narrativa dos profissionais de saúde e no socialmente perpetuado na cultura. Isso pode dificultar que a mãe encontre uma forma singular de estabelecer uma relação com o filho. Porém, o conceito de processos de subjetivação desconstrói as perspectivas universais de maternidade. A subjetividade proporciona a possibilidade de desinventar a nós mesmos e inventar-nos de maneira diferente, convocando a mãe a alcançar novos territórios e estabelecer sua própria construção do afeto na vivência da prematuridade.

As leituras de Deleuze e Guattari são marcadas por um jogo de relações múltiplas, coexistentes, e de certa forma, complementares (HAESBAERT; BRUCE, 2002). Tais leituras permitem afirmar que na unidade neonatal as mães podem vivenciar novos modos de ser mãe, uma vez que os agenciamentos que compõem este cenário podem construir simultaneamente tanto posições identitárias – representações de ser mãe, papéis cristalizados e estereótipos que são frequentemente tomados como universais – como a singularidade de cada relação entre as mães, seus filhos, a equipe, as máquinas e toda a gama de encontros que ali se processam.

Guattari e Rolnik (1999) nos ensinam que os elementos presentes nos fluxos, nos agenciamentos, podem se organizar segundo um modelo molar ou molecular. Os autores propõem que a “ordem molar corresponde às estratificações que delimitam objetos, sujeitos, representações e seus sistemas de referência. A ordem molecular, ao contrário, é a dos fluxos, dos devires, das transições de fases, das intensidades” (GUATTARI; ROLNIK, 1999). Como se observará na discussão dos dados empíricos produzidos neste estudo, os processos de subjetivação experimentados no exercício de ser mãe na unidade neonatal incorporam elementos molares como uma suposta predisposição materna para os cuidados, a expectativa

naturalizada da amamentação, os discursos e procedimentos técnicos sobrepondo-se a experiências pregressas, a transmissão de aprendizagens e regras socialmente compartilhadas sobre ser mãe e assim por diante. Mas, por outro lado, observa-se também componentes moleculares: as disposições geográficas dos equipamentos e leitos, a experiência prévia de prematuridade, o choque diante da expropriação técnica do tornar-se mãe. Todos esses elementos se imbricam para a produção de subjetividades maternas no contexto analisado.

Guattari (1992) também propõe a subjetividade como:

O conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade, ela mesma subjetiva (GUATTARI, 1992, p. 19).

Deste modo, a maternidade de bebês prematuros encontra-se inserida em um contexto social no qual a subjetividade se singulariza, o que caracteriza a relação de alteridade podendo ser regida por costumes familiares e locais, individuais e coletivos. (GUATTARI, 1992). Vale ressaltar que segundo Dorea (2002), Guattari propõe uma diferenciação entre individualidade e singularidade pela forma como os indivíduos vivem a subjetividade. Individualidade aparece como fabricada, uma relação de opressão, na qual o indivíduo apresenta a subjetividade como ele a recebe. Em contrapartida, pode emergir uma relação de criação e processo, na qual o indivíduo toma posse dos componentes da subjetividade de forma singular e única.

A subjetividade pode, então, ser fabricada por grandes máquinas sociais, ambientais e linguísticas. Cada grupo social, cada indivíduo veicula seu próprio sistema de modelização da subjetividade, a partir do qual ele se posiciona (GUATTARI, 1992). Cabe à mãe, a partir de encontros estabelecidos, se posicionar em relação aos próprios afetos e moldar práticas maternas.

3.1 O olhar sobre a mãe

Existem vários enunciados sobre a maternidade que podem produzir uma maneira de ser mãe. Moreira e Nardi (2009) descreveram os enunciados relativos à prática materna segundo a norma da maternidade, isto é, uma padronização do

modo mais adequado de ser mãe. No relato da trajetória de vida de mães desse mesmo estudo, foi possível compreender e descrever como a maternidade atravessa os processos de subjetivação dessas mães, evidenciando os enunciados que compõem a maternidade. Em especial, os que definem o número de filhos por mulher, o tempo da maternidade e as condições econômicas para esse momento.

Assim, a trajetória de vida das mulheres é permeada por modos de maternar em diferentes contextos sociais. Moreira e Nardi (2009) afirmam que:

O entendimento dos processos de subjetivação dessas mulheres não acontece mergulhado somente nas suas histórias individuais, como se ali estivesse a razão ou o sentido último para as suas falas, mas na articulação dessa trajetória com o contexto sócio-histórico mais amplo (MOREIRA; NARDI, 2009, P.570).

Linhas educativas, programas e políticas de saúde configuram práticas de intervenção atravessadas por discursos de redes de poder (médico, psicológico, religioso, pedagógico, moral) e processos sociais. A politização da maternidade demonstra que:

Gerar e criar filhos saudáveis passa a ser social e culturalmente definido também, como um projeto de vida, responsabilidade individual de cada mulher que se torna mãe, independente das condições sociais em que essa mulher vive e dos problemas que ela enfrenta (MEYER *apud* MOREIRA E NARDI, 2009, p.573).

É possível perceber que a mãe é valorizada à medida que segue esse ideal do cuidado. O mesmo acontece no Método Canguru, uma vez que “seus princípios partem de uma concepção universal e generalizada do amor materno e da família” (VÉRAS; TRAVERSO-YÉPEZ, 2010, p.76). Dessa forma, podem ser desconsideradas as vivências singulares e os condicionantes sociais, econômicos, culturais e familiares. Essa valorização da mãe encontrada não apenas no manual do programa, mas nas narrativas da equipe de saúde, diz de papéis fixos, do que é esperado do comportamento dessa mãe, como sua presença diária e constante perto do bebê, o estabelecimento do contato pele-a-pele precoce e crescente, a amamentação e a participação nos cuidados com o filho.

Em seu estudo, Vêras e Traverso-Yépes (2010) desenvolveram uma reflexão sobre os modelos de maternidade e família presentes no documento do Ministério da Saúde acerca do Método Canguru. A análise documental que as

autoras produziram baseia-se nas construções discursivas que lidam com a temática da maternidade na prematuridade, nos tipos de discursos, na orientação para a ação que os discursos apontam, no estudo dos posicionamentos dos atores sociais envolvidos e práticas ou formas que as construções discursivas e os posicionamentos dos sujeitos criam ou não oportunidades para ação e nas formas de subjetivações possíveis.

Os discursos encontrados foram carregados de valor e pensamento idealizado de maternidade. Eles auxiliam e confirmam a maneira impositiva com que os profissionais de saúde lidam com as mães. Estes muitas vezes não permitem o diálogo, anulando qualquer possibilidade de escolha das mães em participar ou não do Método Canguru, de ser ou não de ser a mãe esperada pela equipe, pela família, sociedade ou até por ela mesma.

Moreira e Romagnoli (2008), em pesquisa qualitativa sobre os efeitos do Método Canguru na relação mãe-bebê, afirmam que “a insistência do papel materno convoca um modelo idealizado de maternidade, que por suas vezes atravessa o método e impede a criação de outras formas de ser mãe” (MOREIRA; ROMAGNOLI, 2008, p.207). As autoras acreditam que desconsiderar as organizações subjetivas, fixando um modelo de maternidade, como acontece no Método Canguru, é comparar, classificar e impedir que a mãe encontre uma forma singular de estabelecer o vínculo com o filho. Assim, as autoras definem subjetividade como “o aglomerado de relações que estabelecemos, uma vez que existimos em nossos encontros e em nossos agenciamentos, responsáveis pela nossa composição ou decomposição”. (MOREIRA; ROMAGNOLI, 2008, p.222)

Essa idealização da maternidade que percorre a prática do Método Canguru e a experiência institucionalizada individual de cada mãe pode dificultar que ela encontre sua forma singular de tornar-se mãe e interferir na criação do vínculo com o filho. Porém, a ideia de produção de subjetividade vem romper com essa leitura de uma subjetividade como “coisa em si, essência imutável” (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p.322). Trabalha-se aqui com o viés de uma subjetividade constantemente produzida, o que implica na possibilidade de se desinventar, se desterritorializar e se reterritorializar, estabelecendo novos e singulares agenciamentos na experiência de se tornar mãe. As ligações estabelecidas na unidade neonatal entre o sujeito, máquinas e narrativas produzem capacidades e experiências subjetivas, elementos de produção de subjetividades.

A vivência da prematuridade, seus agenciamentos e tudo que faz parte deste encontro contribuem para a composição e modelização da mãe de um bebê prematuro. A forma de se apropriar do programa faz parte da singularidade de cada mãe. É importante considerar a unidade neonatal como elemento de produção dos processos de subjetivação vivenciados pelas mães segundo a experiência individual e a maneira pessoal de singularizar. Esta abordagem é o ponto de partida para o direcionamento desta pesquisa.

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, na qual o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. Nestes estudos, a preocupação maior não é com a generalização dos resultados obtidos em uma amostra, mas sim com a compreensão e interpretação dos fenômenos observados dentro de um grupo específico. (CHIZZOTTI, 2006)

Para Turato (2003), os objetivos principais dos pesquisadores qualitativistas são capturar, ouvir e observar além de interpretar os sentidos e as significações dos fenômenos. Esta forma de conhecimento se destaca pelo caráter interpretativo e em constante desenvolvimento.

No campo das ciências humanas, Turato (2003) reproduz uma definição geral de métodos qualitativos:

Pesquisa qualitativa é multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isso significa que os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos das significações que as pessoas trazem para eles (DENZIN; LINCOLN *apud* TURATO, 2003, p.191).

Nesta perspectiva, o método de estudo de caso foi escolhido para orientar o trabalho, pois permite a investigação detalhada, preservando as características holísticas dos acontecimentos. O estudo de caso pode ser definido como “aquele que examina um fenômeno em seu ambiente natural, pela aplicação de diversos métodos de coleta de dados, visando obter informações de uma ou mais entidades” (POZZEBON; FREITAS, 1998, p. 145).

A partir dessa abordagem, a unidade de neonatologia de um hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte/MG foi escolhida como campo de interesse para proporcionar um diálogo com a realidade. Minayo (2002) aborda o campo de pesquisa como o recorte espacial feito pelo pesquisador, e que representa uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas.

No primeiro momento, foi solicitado à coordenação do Serviço de Educação Permanente e Pesquisa Multiprofissional (SEPPEM) do referido hospital o consentimento para a realização desta pesquisa. Após, foi entregue e aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Minas o projeto referente a esta dissertação. Todos os preceitos éticos, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram observados, recolhendo-se o consentimento dos sujeitos diretamente envolvidos.

4.1 Procedimentos de coleta

Para a produção dos dados, os instrumentos utilizados foram a pesquisa bibliográfica, a entrevista semidirigida e a observação. A pesquisa bibliográfica contou com a utilização das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, bem como acervos de bibliotecas e bancos de teses e dissertações disponíveis na internet⁴. Os principais termos utilizados na realização da busca foram recém-nascido prematuro, Método Canguru, maternidade e processos de subjetivação. Dentre os trabalhos encontrados estavam artigos, teses e dissertações. Os textos permitiram além de um aprofundamento teórico, um conhecimento de pesquisas sobre campo similar.

No primeiro momento da coleta de dados, foi utilizada a entrevista semidirigida com as mães de bebês prematuros internados na unidade de neonatologia. A pesquisadora desejava obter informações percebidas pelas mães em suas trajetórias, tais como a história da gravidez, do parto e hospitalização do recém-nascido prematuro. Estes eixos estavam presentes no guia dos temas pensados neste estudo para abordagem às mães.

Segundo Chizzotti (2006), as informações colhidas sobre fatos e opiniões em entrevistas semidirigidas são fruto de um diálogo preparado, com objetivos e estratégias estabelecidas. Da mesma forma, Minayo (2002) afirma que a entrevista não significa uma conversa imparcial, mas com propósitos bem definidos, pois é utilizada como meio de coleta dos fatos relatados pelos indivíduos enquanto sujeito-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo estudada.

A observação, outra estratégia metodológica desta pesquisa, promove o contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, o que permite obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos

⁴ As principais páginas para o levantamento bibliográfico foram Bireme, Domínio Público, PUC Minas e UNICAMP.

(MINAYO, 2002). As observações foram realizadas no momento em que a mãe estava presente na unidade neonatal, junto ao seu bebê. Foram observadas as intervenções, cuidados, conversas e contatos entre a mãe e o bebê prematuro, assim como o ambiente em que acontecia esse encontro. O atendimento direto de profissionais aos recém-nascidos e às mães, e a relação com outras mães presentes também foram incluídas. Os fatos foram anotados em um diário de campo para compor os dados da pesquisa e para posterior análise.

Foram envolvidas seis mães de bebês prematuros internados na Unidade de Neonatologia de um hospital público da Região Metropolitana de Belo Horizonte. As mães foram abordadas diretamente pela pesquisadora – que se integra à equipe de profissionais da unidade neonatal em que os dados empíricos foram produzidos – após a primeira semana de internação do bebê. Foram abordadas as mães de recém-nascidos prematuros nascidos entre 31 e 36 semanas de idade gestacional, com peso médio de 1500 e 2500 gramas e com estabilidade clínica, observando-se a maior prevalência de internações nessa unidade. Tendo em vista a capacidade de internações da unidade, 24 leitos, considerava-se que esse número de sujeitos se adequava aos objetivos do estudo, lembrando que estudos de caso não aludem à generalização dos dados produzidos, mas primam pelo aprofundamento das questões colocadas na pesquisa.

Apenas as mães foram envolvidas. Não foram incluídos como sujeitos diretos da pesquisa os avôs, as avós, pais e outros parentes do bebê que também costumam circular pela unidade, embora, em alguns momentos, possa ser notória a participação desses familiares no cuidado com o recém-nascido. Não constituíram critérios de inclusão ou exclusão para essa pesquisa, a religião, idade, estado civil, escolaridade ou condição econômica. Embora a pesquisadora esteja ciente de que o hospital, por ser público, atende principalmente mulheres de baixa renda.

As entrevistas foram devidamente gravadas e transcritas e as observações anotadas no diário de campo seguindo os roteiros de temas previamente desenhados para o desenvolvimento da entrevista e de situações observadas que se encontram em anexo.

4.2 “A cena”

A unidade de neonatologia onde foi realizada esta pesquisa encontra-se no quarto andar de um hospital público da região metropolitana de Belo Horizonte/MG. O atendimento é garantido pelo convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital possui o título da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança⁵”, que consiste em incentivar e promover o aleitamento materno. Os bebês que necessitam de acompanhamento médico após o nascimento e não tem condições clínicas de ficar com a mãe no alojamento conjunto são o público alvo deste serviço. Segundo os dados de controle gerencial da unidade de neonatologia, no primeiro semestre de 2011, de janeiro a julho, a unidade recebeu 308 recém-nascidos, destes, 160 eram prematuros, o que engloba 51,94% dos bebês internados na unidade de neonatologia.

Este setor é composto por 24 leitos, sendo 14 de alto risco, credenciados como unidade de tratamento intensivo e 10 de baixo risco. A área física, como pode ser observado na Figura 1, é dividida em alto risco (isolado e “atrás do muro⁶”) e baixo risco, além do descanso e da sala de evolução. O alto risco é o local onde acontecem as admissões de recém nascidos provenientes do bloco obstétrico e Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Neste espaço permanecem os bebês que necessitam de cuidado mais rigoroso, apresentam instabilidade respiratória, hemodinâmica ou metabólica. O alto risco ainda possui uma enfermaria isolada, para pacientes em isolamento de contato ou respiratório. No baixo risco permanecem os bebês que estão estáveis clinicamente, em aleitamento materno e ganho de peso ou treinamento de familiares para alta hospitalar.

Geralmente, o recém nascido é admitido no alto risco e assim que o quadro clínico permitir ele é encaminhado ao baixo risco para posterior alta hospitalar. Vale ressaltar que dentro do alto risco o bebê é admitido na área maior e após estabilidade é encaminhado ao baixo risco ou vai para trás do muro, quando então o próximo passo é ser encaminhado ao baixo risco. Estas divisões de espaço físico

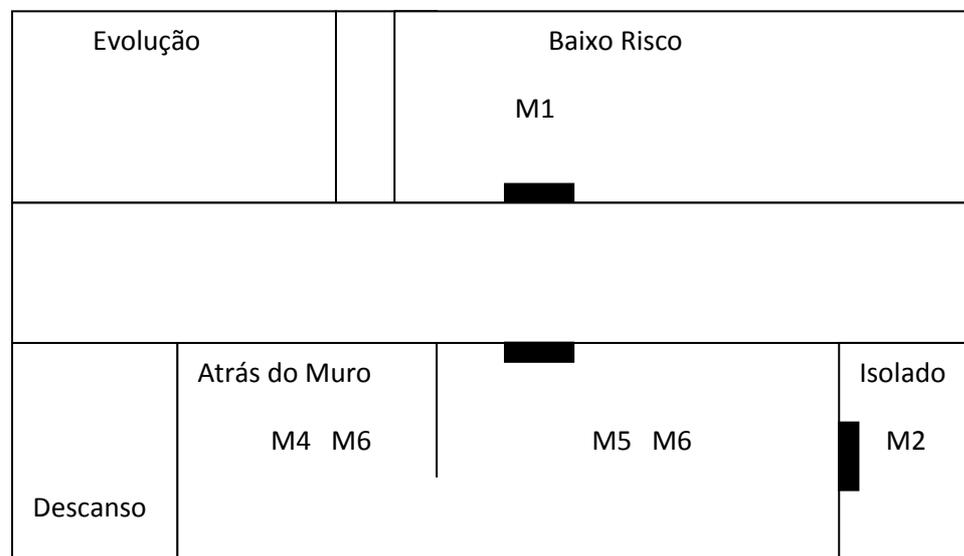
⁵ A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pela OMS e UNICEF para promover, proteger e apoiar a amamentação. Foi incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária em 1992 e desde então, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde vem capacitando profissionais, realizando avaliações e estimulando a rede hospitalar para o credenciamento (BRASIL, 2011).

⁶ A nomeação deste espaço físico foi dada pela própria equipe de saúde que trabalha nesta unidade. Os bebês que permanecem neste local estão estáveis clinicamente e provavelmente estão próximos de serem encaminhados para o baixo risco.

dentro da unidade e sua referência com a estabilidade clínica do bebê são bem conhecidas pelas mães, que na maioria das vezes, fazem a vigilância constante dessa movimentação. No desenho da unidade neonatal (figura 1) está assinalado o local onde foram realizadas as observações. Durante as observações, apenas uma mãe tinha seu bebe localizado no baixo risco, os outros se encontravam no alto risco, sendo dois no espaço “atrás do muro”, dois no centro do alto risco e um no isolado. Nas figuras 2, 3, 4 e 5 seguem fotos ilustrativas do local pesquisado.

A equipe de saúde é multidisciplinar, composta por 31 pediatras, 02 fisioterapeutas, 01 fonoaudióloga, 02 terapeutas ocupacionais, 09 enfermeiras e 57 técnicos de enfermagem. A psicóloga e as duas assistentes sociais atuam em conjunto com a maternidade. Todos os profissionais, ao ingressarem neste serviço, recebem treinamento sobre a promoção do aleitamento materno. A unidade possui alguns projetos terapêuticos, como as atividades artesanais com as mães, acompanhamento de grupo de mães, incentivo ao aleitamento materno e método canguru visando sempre uma atenção centrada na humanização da assistência.

Figura 1. Desenho da Unidade Neonatal



Fonte: dados produzidos pela pesquisadora

A figura 2 mostra o corredor de entrada da unidade neonatal pesquisada. Observa-se a pia onde todos são convidados a fazer a assepsia, uma das primeiras orientações que a mãe e a família recebem ao ter acesso a esta cena. A primeira porta à esquerda, dá acesso à sala de evolução, onde ficam os pediatras e a equipe multidisciplinar enquanto realizam as anotações nos prontuários ou discutem os

casos. As mães e os pais procuram os pediatras neste local para receberem as notícias sobre seu filho, o que acontece em horários determinados pela gerência. Nesse mesmo lado encontramos ainda a entrada do vestiário da enfermagem e do baixo risco. A porta à direita permite o acesso ao alto risco. Na imagem pode ser percebido que há acesso visual aos bebês ali alocados.

Figura 2. Entrada da Unidade Neonatal



Fonte: acervo da pesquisadora

Na figura 3 observa-se o alto risco, seu espaço central, suas incubadoras, berços, monitores e dispositivos gerais que são utilizados constantemente na unidade. Ele comporta também o “atrás do muro”, que pode ser melhor visualizado na figura 4. Este é um espaço localizado atrás de uma pequena parede de cimento e como já mencionado, nomeado pela própria equipe de saúde deste setor. Neste local permanecem os bebês que estão estáveis e aguardando serem encaminhados ao baixo risco. Nas duas figuras, percebe-se a utilização de um pano escuro em cima das incubadoras, que é utilizado para diminuir a claridade e proteger os bebês da luminosidade excessiva. Essa é uma das ferramentas usadas para proporcionar um ambiente mais acolhedor e agradável para o bebê prematuro.

Figura 3. Alto Risco/ “atrás do muro”



Fonte: acervo da pesquisadora

Figura 4. Alto Risco/ “atrás do muro”



Fonte: acervo da pesquisadora

O alto risco ainda pode ser visualizado na figura 5. Importante observar ao fundo a porta que dá entrada ao isolado, onde permanecem os bebês que necessitam isolamento de contato ou respiratório. Crianças provenientes de outros

setores do hospital, de outras maternidades ou que vieram de casa são alocadas neste espaço.

Figura 5. Alto Risco/Isolado



Fonte: acervo da pesquisadora

Vale ressaltar que a denominação destes espaços os revelou como importantes componentes dos processos subjetivos experimentados na unidade pesquisada e serão retomados adiante no texto.

4.3 As mães

As seis mães entrevistadas têm idade entre 21 e 36 anos e estudaram no mínimo até o primeiro grau completo. Três delas programaram a gravidez e as outras três receberam a notícia sem planejamento algum, mas todas relataram ter feito o acompanhamento pré-natal conforme as orientações recebidas. A maioria delas era primigesta, sendo apenas duas mães de outros filhos. Uma delas teve gestação gemelar, e o parto foi realizado em trânsito, durante o transporte para este hospital, ocorrendo dentro da ambulância.

Essas características podem ser acompanhadas no quadro a seguir;

Quadro 1. Caracterização das entrevistadas

Mães	Idade (anos)	Est. Civil	Escolaridade	Num. filhos	Tipo Parto	Semanas Gestação	Gravidez Programada	Causas da prematuridade ⁷
M1	21	Casada	I grau	01	Cesário	33	Não	Oligodrâmio e crescimento intrauterino retardado
M2	28	Solteira (namora)	II grau	01	Normal	31	Não	Amniorrexe prematura
M3	29	Solteira (amigada)	Superior	01	Normal	30/31	Sim	Sem causa
M4	31	Solteira	II grau	01	Cesário	34	Não	Crescimento intrauterino retardado
M5	36	Casada	I grau	02 (+ 2)	Normal	34	Sim	Nascidos em trânsito
M6	30	Amigada	II grau INC.	01 (+ 3)	Cesário	32	Sim	Bolsa Rota e Trabalho de parto prematuro

Fonte: dados da pesquisa

As mães serão, doravante, referidas pela letra M, seguida de um número de 1 a 6, como consta no Quadro 1. Como visto, cinco das seis mães entrevistadas tinham estabilidade conjugal. A M2 passou por problemas com o namorado quando ficou sabendo que estava grávida, chegando a pensar em realizar um aborto, pois ele não aceitava a gravidez sem planejamento prévio. A relação mudou com o passar do tempo e a presença carinhosa do pai era constante na unidade neonatal. De outra maneira, a M4 também não teve a aceitação do pai, que veio na unidade uma única vez e propôs até um exame para confirmar a paternidade. A presença do pai do bebê e o apoio durante a gestação e hospitalização parecia muito importante para as mães. O foco desta pesquisa são as mães, mas o registro da participação dos pais pode permitir o desenvolvimento de estudos futuros.

Todas as mães demonstraram interesse em participar deste trabalho, e foram muito receptivas durante a entrevista. As conversas foram agradáveis e o vínculo formado foi sustentado durante toda internação do bebê até a alta hospitalar.

4.4 Procedimentos de análise

Para a análise dos dados obtidos, foram utilizados a análise de conteúdo e o aporte conceitual dos processos de subjetivação. Segundo Kind (2007) o processo analítico é iniciado com a clareza do pesquisador sobre o que será investigado,

⁷ Como complemento, a etiologia do parto prematuro foi verificada no prontuário médico.

pressupondo opções metodológicas que permitem explorar o assunto escolhido. Assim, para Turato (2003):

O pesquisador deve ter a mente aberta, ser capaz de ver onde outros não viram poder interpretar os dados em profundidade, indo além do aparente, modificando caminhos de forma criativa, sempre rumo ao novo, ao não conhecido (TURATO, 2003, p.21).

Este mergulho no próprio tema levou a pesquisadora a apaixonar-se cada vez mais com as histórias e os depoimentos de cada mãe, proporcionando uma discussão ainda maior no processo de análise dos dados.

Todas as entrevistas foram transcritas e impressas para facilitar as leituras exaustivas e a análise do conteúdo. Bardin (1995) configura análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 1995, p.31). Caracterizada pela utilização dos procedimentos e técnicas sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, estabelecendo o significado, definindo as categorias e percorrendo o texto para codificá-lo.

Nesta pesquisa, a análise de conteúdo foi demonstrada pela análise temática dos dados. Realizar uma análise temática compreende a descoberta dos núcleos de sentido presentes na comunicação cuja presença ou frequência de aparição pode apresentar significado para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 1995).

Kind (2007) também afirma que “os textos registrados a partir da coleta de dados podem ser organizados em categorias e subcategorias, que expressam temas identificados pelo pesquisador no processo de análise” (KIND, 2007, p.2-3). Primeiramente, foi realizada a construção do *corpus* de análise, composto pelas transcrições das entrevistas e pelas notas de observação. Em seguida, foram realizadas leituras repetidas e exploratórias para facilitar a identificação dos temas e das categorias. Vale ressaltar que esta abordagem priorizava as hipóteses e objetivos do trabalho. Duas categorias foram elaboradas: (1) a experiência de ser mãe de um bebê prematuro e (2) as relações mediadas pela internação do bebê na unidade neonatal.

Essa divisão foi muito importante para o procedimento analítico dos relatos, proporcionando a apreensão das conexões entre os temas encontrados, além da percepção dos processos de subjetivação apresentados pelas mães dos bebês

prematturos. Esta etapa de categorização também permitiu identificar pontos de articulação analítica com os estudos sobre subjetivação. Como produto desse processo, construiu-se um texto de análise caracterizado pelo diálogo entre as categorias, os objetivos e o referencial teórico do trabalho.

5 EXPERIÊNCIA DE MATERNIDADE E PREMATURIDADE

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os dados coletados nas entrevistas e nas observações com as mães. Os materiais produzidos para análise derivaram dos relatos de mães que vivenciaram a experiência do nascimento prematuro e internação dos filhos numa unidade neonatal. Foi possível descrever e compreender como esta situação atravessa os processos de subjetivação dessas mães. Assim, a discussão dos resultados enfatiza os elementos que dizem respeito à maternidade e suas implicações subjetivas construídas com as marcas da prematuridade em uma unidade neonatal.

5.1 A experiência de ser mãe de um bebê prematuro

Nesta primeira categoria de análise, podemos compreender como as mães lidavam com a experiência de ter a gestação interrompida precocemente com a chegada do filho prematuro.

É muito difícil, viu, vou te falar, eu não desejaria estar nesse lugar nunca, porque é muito ruim. A mãe quer tá com o filho é no colo, a gente nasce a gente quer dar o amor, quer dar o carinho, a gente quer dar o peito, a gente que quer abraçar o filho da gente, quer poder cuidar e... e a gente não poder fazer isso é muito ruim, é uma sensação horrível (M3).

Eu fui babá dez anos (...) então assim, eu fiquei pensando como ia ser quando eu ter o meu filho como ia ser cuidar né, curar o umbigo, como é ser mãe, e acabou que eu fui interrompida um pouco agora... Outras pessoas que tão mexendo, que tão trocando fralda, que tão ficando a noite, então assim, eu vou pra casa e não vejo choro de menino, eu não to com ele, é... Complicado, é bem difícil, é bem difícil (M2).

Nas duas falas anteriores, pode ser percebido o sentimento em relação ao nascimento prematuro e a percepção destas mulheres sobre ser mãe. Na primeira, M3 fala de uma percepção institucionalizada de ser mãe, aquela que nasce para cuidar, amamentar e dar amor. Segundo Meyer citada por Moreira e Nardi (2009),

Gerar e criar filhos equilibrados e saudáveis passa a ser social e culturalmente definido, também, como um projeto de vida, responsabilidade individual de cada mulher que se torna mãe, independentemente das condições sociais em que essa mulher vive e dos problemas que ela enfrenta (MEYER *apud* MOREIRA; NARDI, 2009, p.573).

Essa compreensão parece introjetada em algumas mulheres. Como aponta Moreira e outros (2009), o modelo ideal de mãe circula no cotidiano das pessoas, moldando subjetividades e atravessando saberes. Em contraste, pode ser destacada a compreensão de M2 como “autorizada” a ser mãe pela própria experiência como babá. O fato dessa mãe se sentir pronta para realizar a maternagem foi interrompido pelo nascimento prematuro do filho, como fica bem caracterizado em sua fala sobre a ausência dos cuidados e do choro de um menino o que refere a ausência dela mesma como mãe, interrompida nessa trajetória de se tornar mãe.

Nesse exemplo, a experiência profissional pode ser considerada como um componente de produção de subjetividade, uma vez que esta mãe estabeleceu criações individuais e coletivas, moldando sua singular construção de maternidade. Embora as subjetivações sejam processos que se produzem e aparecem nas multiplicidades, estas não entram em nenhuma totalidade, estão sujeitas a diversas modificações. A subjetividade é plural, processual, está em constante movimento (GUATTARI, 1992). Como afirmam Guattari e Rolnik, “[existe] esta ou aquela subjetividade, dependendo de um agenciamento de enunciação produzi-la ou não” (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p.322). Os elementos existentes nesses agenciamentos organizam-se conforme os modelos molar ou molecular, como descrito no capítulo anterior. E neste exemplo a molaridade representada pela mãe foi sustentada por fluxos moleculares locais, presentes no universo da prematuridade.

Assim, a partir do nascimento prematuro e da internação na unidade neonatal, o tornar-se mãe passa a ser afetado, interrompido. A subjetividade proporciona a possibilidade de desterritorializar, reterritorializar e estabelecer esse novo encontro, uma nova experiência de ser mãe no universo da prematuridade. Como afirma Haesbaert e Bruce (2002) apoiados no pensamento de Deleuze “não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte” (HAESBAERT; BRUCE, 2002, p.1).

Mães que já vivenciaram a prematuridade em casa, na família ou nas redes de apoio, construíram formas de maternar. Isso pode ser notado na observação da M6, que é mãe de mais três filhos e já passou pela experiência do nascimento prematuro. Na gestação anterior, sua filha mais nova nasceu com 34 semanas de gestação.

A mãe chega à unidade neonatal e vai até o seu filho que está dentro da incubadora. Ela mostra-se segura, abre as portinhas da incubadora e toca o bebê. Em seguida, abre sozinha a porta maior e retira o bebê de dentro da incubadora. (...) ela segura o filho no colo, movimentava suas bochechas e tenta colocar ele no peito, mas o bebê encontra-se muito sonolento (Notas de observação, M6).

Como percebido pela observação acima, essa mãe demonstra muita segurança e dinamismo no cuidado com o filho. A intimidade com o ambiente, a incubadora e as intervenções pode ser pelo fato de já ter vivenciado a prematuridade.

Outra mãe também demonstra familiaridade com a prematuridade. Em alguns momentos M5 expressa isso:

Eu sou muito tranquila. Não sei se é porque eu nasci de... Eu sou prematura, então... Nasci de seis meses e meio, e há 37 anos atrás é muito diferente (M5).

Hoje em dia já tem mais tecnologia pra tudo. Então não sei se é porque eu nasci assim de... Eu sou prematura, então eu nunca preoquepei assim de... Tem gente que fica paranóia (M5).

(...) ela (a filha prematura) só não tem peso, mas é uma criança normal, igual à outra, não é a primeira fralda que eu troco (M5).

Em suas falas, M5 coloca sua experiência pessoal do nascimento prematuro e aposta na tecnologia existente nos dias atuais como motivo não preocupante frente à possibilidade da prematuridade. Há também uma percepção de normalidade no encontro com a criança e os cuidados necessários.

Vale ressaltar que a construção “do ser mãe” dessa entrevistada passa também pela experiência de ter vivenciado duas outras gestações anteriormente. Isso proporciona uma sabedoria singular, diferente da científica. Uma semana antes do parto, M5 começou a apresentar pequena dilatação. A partir daí, passou por idas e vindas a diferentes hospitais, mas em todas as consultas de urgência, o médico recomendava seu retorno para a residência, pois a mesma não apresentava contração. Quando as contrações iniciaram, ela estava em casa, sendo levada ao hospital da sua cidade, como se observa na narrativa da M5:

Fui levantando, era mais ou menos sete e meia da manhã. Tirei o pé da cama, que eu cheguei na cozinha, deu a primeira contração. Fui e chamei

minha sogra quando eu comecei a sentir contração. Aí que ela ligou para minha cunhada e eu fui chamar meu marido. Deu outra em seguida, que eu entrei no banheiro para tomar banho, que eu coloquei a mão e fui lavar minha vagina eu senti que já dava pra sair, aí eu entrei em pânico, eu falei: “gente já tá pra nascer”, a gente correu pro carro, passou na casa da minha cunhada, pegou ela e chegou no hospital. O médico: “não, vai demorar um pouquinho”. [Na cidade onde moro], no hospital, não tem como fazer um parto pra gêmeos, porque já é um parto de risco né, e lá não tem estrutura. E foi me colocando na ambulância (M5).

Como visto na fala dessa mãe, quando as contrações começaram, ela estava tranquila, e ainda utilizou seu tempo para tomar banho, quando se deu conta que o nascimento estava prestes a acontecer. Ela inicialmente entrou em pânico, até sua chegada para receber ajuda médica. M5 continua sua narrativa expondo fragmentos de diálogo com a equipe da ambulância:

No meio do caminho eu estou com as enfermeiras: “vai nascer”, aí elas “não, vai demorar”. Porque elas tavam esperando a minha bolsa romper, só que elas não me perguntaram. As minhas bolsas rompem sozinhas. (...). Eu estou assim: “Gente, vai nascer”; elas: “não vai não”. Aí eu falei de novo “vai nascer”. Eu senti voltando, eu só abri as pernas e falei: “gente, nasceu!” Quando ela viu que molhou o lençol da maca, que ela levantou o pano aí a Bia⁸ tinha nascido. Elas: “olha, nasceu mesmo!” E pararam a ambulância e o médico passou para trás. (...) Ele (o médico) fez o toque e falou: “não, vai demorar um pouquinho ainda” (o nascimento da segunda gemelar). Deu a primeira contração mais levinha, na outra contração nasceu a Ana. Aí eles ficaram doidinhos. (...) ninguém imaginou que ia nascer na ambulância né (M5).

Com as narrativas acima, a mãe demonstra capacidades e experiências subjetivas a partir da sua construção como mulher e como mãe, que ultrapassa os elementos clínicos e da linguagem dos profissionais. Dentro da ambulância, a mãe mais tranquila, acompanhada da equipe de saúde, novamente deixa sua vivência aparecer, afirmando que era a hora, que o parto iria acontecer. Sem escutar a paciente, apenas utilizando a maquinaria do conhecimento médico, a equipe foi mais uma vez surpreendida pela sabedoria das práticas humanas. Utilizando os autores que discutem processos de subjetivação, corpo teórico desta pesquisa, a construção do “ser mãe” pode ser entendida como processual, sujeita à modificações, agenciamentos e criação de territórios, o que aponta para a diversidade de modos de experienciar a maternidade.

⁸ Todos os nomes que aparecem nas falas das mães envolvidas neste trabalho são fictícios para preservar sua identidade.

Os agenciamentos nesta cena podem ser compreendidos como os elementos montados, a experiência prévia dessa mãe, os aparatos técnicos, a ambulância e a discursividade dos atores envolvidos. Como afirmam Guattari e Rolnik (1999), a criação do território acontece através dos agenciamentos, o que determina, no caso da M5, uma mãe que detém certo conhecimento sobre si mesma a despeito das tentativas dos profissionais em sobrepujá-lo pelos procedimentos e preconcepções técnicas, quase sempre universalizantes.

O nascimento de um filho prematuro traz consigo o risco iminente de morte e a fragilidade de um recém-nascido que pode não sobreviver. Segundo Moreira e colaboradores (2009), todas as mães sofrem com a possibilidade de morte do bebê pelos riscos efetivos da prematuridade ou por questões subjetivas e imaginárias das mães. Isso pode ser visto nas seguintes falas:

(...) eu tava com medo dele não, não reagir e tal né, dele não conseguir, que ele tava bem fraquinho, aquele trem bem pequenininho (M1).

Eu fiquei com medo, eu tive medo de perder, assim, por ele ser piquitinho demais, muito magrinho, será que ia dar certo, será que ele ia recuperar né (M2).

Sales e colaboradores (2005) corroboram com este pensamento, afirmando que ao vivenciar o nascimento prematuro, as mães vislumbram a possibilidade de morte do filho. Essa possibilidade encontra-se adicionada à dor e à angústia provocadas por esta situação.

Além disso, a criança é percebida como frágil e pequena muito diferente do bebê grande e sadio tão esperado pelas mães.

(...) por ser pequenininho, parece que você sente aquela necessidade de dar mais conforto, mais atenção, sabe (...) você tá vendo que te que ter mais cuidado, mais carinho, ele tá lutando demais ali, nosso Deus (...) (M6).

(...) muito fraquinho, muito magrinho, não dá nem pra definir assim (M2).

(...) bem fraquinho, aquele trem bem pequenininho (...) neném prematuro é assim, tem que ter mais cuidado com ele (M1).

Neste contexto, Moreira e outros (2009) ressaltam que as mães passam pelo choque entre o filho imaginado e o real, assim, é importante viver o luto do bebê imaginado, porque ao nascer prematuro o bebê preenche um lugar que antes era

ocupado por fantasias e sonhos e na realidade pesa gramas, não consegue respirar sozinho e está ainda em formação.

No começo eu achei que não tinha nem mamilo, assim, e agora já tá formando, eu acho que porque então tava na hora, eu acho que ia formar dentro da barriga, mas saiu antes, então vai faltando umas coisinhas que vai preenchendo agora (M2).

A recuperação deste bebê está vinculada à permanência em um novo ambiente, diferente da casa, do quartinho preparado com carinho durante os meses que transcorreram a gestação. Quando o filho é hospitalizado e necessita permanecer internado na unidade neonatal, os pais são convidados a se adaptar às regras e rotinas do ambiente desconhecido assim como construir a perda da criança idealizada (MITTAG; WALL, 2004). O cuidado muitas vezes fica restrito aos profissionais, e a mãe precisa se adaptar ao olhar, mesmo quando a vontade é ter o filho nos braços, como afirmam M1 e M2:

(...) vontade de pegar ele, né, mas não podia pegar no colo. Dava vontade de ficar com ele no colo o tempo todo, aí não podia (M1).

(...) é difícil a gente vir aqui, ver e não pegar (...) (M2)

Neste ambiente, visto como elemento de produção de subjetividades vão emergindo mães marcadas pelas regras e rotinas da unidade em pesquisa. Percebe-se que o desejo, explicitado acima pela vontade de carregar o filho no colo, quando pensado como potência, produção, vem sempre como agenciamento de componentes múltiplos, como afirmam Haesbaert e Bruce (2002), pautados nos conhecimentos de Deleuze e Guattari. Nunca desejamos apenas uma coisa, mas sempre um conjunto de coisas. Assim, o desejo de ter o filho nos braços vai além do simples carregar, de cuidar, de aproximar, de sentir-se mãe, enfim, de questionar as estruturas estabelecidas da maternidade. Além disso, é portador tanto de marcas culturais – a mãe é frequentemente representada com seus filhos no colo –, como se revela que esse carregar na prematuridade é carregado de restrições, exigindo misturas *sui generis*.

Nessa concepção, o desejo cria territórios, pois ele realiza variados agenciamentos. O desejo está sempre em condições de produzir seus objetos e subjetividades (GUATARI; ROLNIK, 1999). Deleuze e Parnet (1998, p.64), abordam

o desejo como “revolucionário, porque quer sempre mais conexões e agenciamentos”. Embora a singularidade seja extraída dos objetos e coisas que fazem parte da composição maquínica do desejo para estabelecer território, ele não é dado previamente, ele nasce de um acoplamento, de encontros diversificados (ZOURABICHVILLI, 2004). Na unidade neonatal, a mãe estabelece e é exposta a novos encontros, emergindo desejos, desfazendo e recriando territórios.

5.1.1 A percepção do encontro com o filho prematuro

Durante as entrevistas, foi possível perceber que as mães vivenciavam o encontro com o filho na unidade neonatal assim que tinham condições físicas após o parto. No momento da visita ao bebê na unidade neonatal, essas mães sabiam dizer detalhadamente como era o cenário encontrado. Isso pode ser ilustrado nas falas a seguir:

Fui assim que eu pude levantar, porque é muito difícil no primeiro dia levantar né (...) Minha reação na hora que eu vi ele todo intubado eu já fiquei preocupada, falei assim “gente, que tanto de coisa é essa meu Deus do céu”. Ele tava com aquele caninho, acho que é oxigênio, né, com a toquinha, ele tava com... E eu acho que tava com antibiótico também, eu creio que tava (M4).

Foi cesárea né, então foi só no outro dia que eu pude ir lá ver ele. (...) Ele tava com tubinho na boca de oxigênio, a sonda, o cateter no bracinho pra tomar... Não, tava no umbiguinho. Depois que eles passaram pro bracinho, tava no umbiguinho tomando antibiótico pelo umbigo, quietinho lá. A médica falou que ele tava... Como é que fala... Tipo dopado sabe? (M6).

Elas estavam na incubadora, só com oxigênio né, a Ana estava com medicação e a Bia não, ela tava tão bem que nem medicamento ela tomou (...) A alegria era tanta de ver elas ali que eu não tava preocupada com os aparelhos, só perguntei e a médica me falou que era só oxigênio né, que era normal porque elas estavam tomando antibiótico pra num ficar cansadinha nem nada. Na hora eu nem preoquei, depois que eu fiquei mais apreensiva do domingo pra cá né, com o falecimento da Bia, aí eu fiquei mais... (M5).

Nesta última fala, pode ser observado que para M5, a mãe das gêmeas, o conhecimento do cenário estava presente, no entanto, a alegria do encontro era tamanha que a maquinaria especializada parecia não incomodar. Como sustentado anteriormente, o medo da morte atravessa a experiência de maternidade no nascimento prematuro, porém, esta mãe apresentava-se tranquila e segura frente

essa situação. Evidencia-se neste ponto um processo pelo qual a maternidade se reorganiza e produz a mudança neste dispositivo a partir do óbito de uma das crianças. A mãe e sua nova conexão com a insegurança da sobrevivência prematura produzindo um novo encontro. Guattari e Rolnik (1999) afirmam que a espécie humana está inserida num intenso movimento de territorialização, desterritorialização e reterritorialização. Essa movimentação de abandono do território original e construção do novo acontece como processos concomitantes. Na trajetória de uma das mães envolvidas no estudo a morte aparece como um agenciamento, forjando novo modo de ser mãe, levando M5 a se tornar mais preocupada e insegura com relação à recuperação da outra criança.

Na unidade neonatal, as mães de bebês prematuros podem vivenciar uma nova experiência de maternidade, como exposto anteriormente. Os agenciamentos que compõem este cenário podem construir a singularidade de cada relação, contrariando as normas supostamente pertencentes à natureza feminina e ao apoiado pelo fenômeno histórico e social do significado de ser mãe. O conceito de processos de subjetivação permite a desconstrução dessas perspectivas apostando no entendimento processual sobre maternidade. Assim, os sujeitos podem ser afetados pelas transformações da prática materna (MARCELLO, 2005).

As falas anteriores parecem demonstrar o quanto as máquinas e os procedimentos técnicos vão sendo incorporados pelas mães, constituindo-se como elementos de subjetivação. As mães são informadas sobre o que está acontecendo com o bebê e mesmo desconhecendo tecnicamente cada dispositivo, procedimento ou intervenção elas nomeiam como entendem e deixam claro que estão em constante observação e vigília. Costa e outras (2010) entrevistaram mães de bebês internados em uma unidade de neonatologia com o objetivo de compreender os sentimentos dessas mães. Elas observaram em sua pesquisa que, as mães, quando começaram a conhecer a condição de saúde do filho e a necessidade de cuidados para a melhora do quadro clínico e sobrevivência, passaram a acreditar na potencialidade da unidade neonatal.

No primeiro encontro, o contato sensorial através do toque pode ser notado como uma emocionante forma de carinho e proteção. No estudo de Thomaz e colaboradores (2005) sobre as relações afetivas entre as mães e os recém-nascidos, foi constatado que o contato físico com o bebê é importante para a

construção da maternidade. Isso pode ser confirmado nas seguintes afirmações e observações:

Desde o primeiro dia que eu vi ele eu peguei (...). Lavava a mão direitinho e pegava na cabecinha dele, no pezinho dele (M6).

Ai foi muito bom! (alívio)(risos) Foi muito bom! Não sei nem te explicar como é que foi... Foi... Ai foi muito bom! De conversar com ele, de pegar no braço, de tocar, ele fica calminho, ai na hora que tirou ele do meu colo ele chorou bastante, que ele ficou muito nervoso acho que de ter tirado, mas foi muito bom. (...) uma sensação única (M2).

A mãe toca o bebê, conversando com ele e acariciando-o enquanto ele dorme. (...) A mãe permanece ao lado do filho, toca as mãozinhas, a cabecinha, tudo com muito cuidado, delicadeza e carinho. (Notas de observação, M2).

No exposto acima, as mães expressam alívio, maior segurança e cuidado com o filho. O contato físico através do toque também pode ser compreendido como elemento de subjetivação, de sentir-se mãe. Guattari e Rolnik (1999) apontam que os elementos dos agenciamentos podem organizar-se como modelos molares e moleculares, sendo a ordem molar reveladora de certos contornos, identidades e representações cristalizadas dos indivíduos e objetos e a molecular anunciadora dos fluxos, dos devires, das intensidades. Todos esses elementos podem construir simultaneamente papéis cristalizados sobre o que é ser mãe e a singularidade de cada nova experiência.

De outra maneira, situações de medo ou até mesmo desinformação privavam as mães que desejavam esse encontro tátil:

Muito bom a sensação, mas ao mesmo tempo eu não gosto de ficar pegando muito porque eu acho que esse negócio de ficar tirando ele (da incubadora), colocando ele, tirando ele, colocando ele... Pode tá causando um desconforto pro bebê, e perde peso e tal e tudo, então eu penso muito nisso. Eu quero ficar com ele no colo o dia inteiro, mas eu penso nisso também, eu falo assim não, acho melhor ele tá na incubadora que ali ele tá mais quietinho, mais sossegado, pega mais peso, né? (M3).

Eu não sabia que podia pegar, porque eu falei assim: "Ele tá num tanto de aparelho. Será que eu posso pegar gente? Às vezes eles não vão gostar que eu vou pegar (...)". Até hoje eu tenho medo de pegar ainda ou de machucar porque é muito pequenininho né, mas depois eu acho que é costume também, você vai acostumando com isso, então fica fácil também de lidar com isso (M4).

Nestas falas, percebemos os agenciamentos maquínicos de corpos (a incubadora, os aparelhos e as relações entre os corpos humanos presentes no pegar) e coletivos de enunciação – quando se narra “às vezes eles (os profissionais de saúde) não vão gostar que eu vou pegar” (M4) – relacionando-se reciprocamente e constituindo território, modo de experienciar a maternidade. Um agenciamento comporta elementos heterogêneos concomitantes. Os agenciamentos maquínicos são as máquinas sociais, a relação entre corpos, e os de enunciação relacionam-se aos enunciados, à linguagem (HAESBAERT; BRUCE, 2002).

Em sua pesquisa, Lamy e colaboradores (1997) demonstraram que o carinho e a participação dos pais no cuidado do bebê na unidade neonatal são extremamente importantes, porém a ausência dos mesmos deve ser vista não como descaso ou falta de interesse, mas muitas vezes como necessidade. Dessa forma, devem ser compreendidas as vontades, os desejos ou até mesmo dificuldades de cada caso individualmente. As condições socioeconômicas também podem ser fatores de descompasso com as intervenções, e não podem ser desconsideradas.

Neste contexto, Vêras e Traverso-Yépez (2010) afirmam que os serviços de saúde aplicam o discurso de humanização, estimulando o cuidado da mãe com o filho com o objetivo de criar e fortalecer o laço afetivo, responsabilizando a mãe pelo seu desenvolvimento. No entanto, essa concepção universal e idealizada de cuidado materno desconsidera a subjetividade das mães envolvidas e a construção singularizada da experiência de maternidade.

Na presente pesquisa, todas as mães envolvidas pareciam participar do cuidado do filho ou vivenciar o contato pele-a-pele. Foi também notável a presença de um modelo de maternidade com o empoderamento da mãe, o que pode ser compreendido nas seguintes falas:

A gente fica pensando que ninguém tá cuidando igual a gente (M1).

Como se diz, mãe é mãe, né (M4).

(...) é difícil, mas a gente... Acho que mãe aguenta né (M2).

O ideal de maternar está apresentado como algo natural à mulher. Sá (2010) traz a definição do ideal de boa mãe como “uma imagem carinhosa, amorosa, vigilante, dedicada, que cuida e educa” (SÁ, 2010, p.4). Essa condição,

frequentemente pensada como universal vai atravessar os processos de subjetivação das mães de recém-nascidos internados na unidade neonatal. Como falado anteriormente, as mães de bebês prematuros atravessam um universo desconhecido e inseguro, com todos os seus agenciamentos, destruindo e construindo territórios, o que interfere no decorrer da trajetória como mãe. Essa possibilidade de criação da maternidade é permitida pela apreensão aqui proposta para subjetividade, que rompe com a dureza de conceitos universais, permitindo seu entendimento processual.

Na unidade neonatal onde a pesquisa foi realizada, as mães são, na maioria das vezes, de baixa renda, e para que sua presença vigilante aconteça, vários outros processos necessitam reorganização.

Porque a minha vontade, igual as meninas (técnicas de enfermagem) falaram: “ah, conversa com a assistente social pra você não ir embora porque você mora longe e tal”, falei: “ah não! Enquanto meu marido tiver aí, dá pra eu vim”. Porque eu tenho uma menininha de um ano e onze meses também né (M6).

O médico pediu pra eu ficar mais quieta em casa, e eu moro muito longe. É um pouco distante, pra tá vindo pra cá é um pouco cansativo. Aí eu fiquei em casa um tempo, agora eu to voltando. Eu to chegando aqui nove, e quatro horas eu vou pro salão e fico lá, porque o salão é do José. Eu fico lá e depois do expediente dele a gente volta. Nós dois viemos aqui ver ele depois a gente vai embora uma nove horas da noite mais ou menos (M2).

Nestes dois casos, a vida diária dessas mães e suas famílias foram modificadas e adaptadas para garantir a frequência na unidade, mas como a cena se passa em um hospital da rede SUS, nem sempre isso se torna possível. São situações diversas que ultrapassam o desejo, fazendo ligações com o contexto sócio, econômico, cultural e familiar em que vivem.

5.1.2 A percepção do Método Canguru

A primeira etapa do Método Canguru acontece na unidade neonatal, o acolhimento, as orientações e esclarecimentos aos pais, os cuidados, a promoção do aleitamento materno e do contato precoce com o bebê estão entre os procedimentos adotados pela equipe de saúde para a humanização da assistência (BRASIL, 2009). Todas as mães que entram na unidade neonatal onde foi realizada esta pesquisa recebem orientações gerais como normas de funcionamento, lavagem

de mãos, cuidados com os bebês e o ambiente, amamentação e esclarecimentos sobre o estado de saúde do recém-nascido. Estas informações asseguradas pela equipe e a garantia de permanência o tempo que a mãe necessitar são cuidados especiais, na maioria das vezes não intitulado pelos profissionais. Isto pôde ser observado na prática diária da pesquisadora neste setor.

Durante as entrevistas, a pesquisadora abordou o Método Canguru com propósitos definidos, visando obter informações sobre o conhecimento das mães sobre este programa que acontece na unidade neonatal. Mesmo que não nomeado pelas entrevistadas, a primeira etapa do programa foi visualizada no conhecimento prévio, na vida familiar e nos cuidados diários com os bebês.

Sobre o método canguru ainda não me falaram não. A minha cunhada me perguntou isso outro dia, porque eles usam muito no Sofia (Feldman) (M5).

Eu já ouvi falar desse canguru na maternidade do Imbiruçu. Eu sei que lá tem que minha irmã ganhou neném lá. Ela ficou com o neném penduradinho, assim amarrado (...) Eles fala que pega peso mais rápido né, criança fica sentindo o calor da mãe pega mais peso (...) (M6).

Mas eu tenho esse conhecimento, sabe, de colocar o bebê aqui na gente, eu acho isso muito interessante (M3).

As dúvidas apresentadas pelas mães eram esclarecidas pela pesquisadora, que após a explicação necessária confirmava o entendimento prévio.

Ah tá! É igual hoje a Cecília (Terapeuta Ocupacional) fez comigo, que tirou um pouco do meu leite (...) aí ela me explicou (...) então é isso e eu não sabia dar nome aos procedimentos (M2).

No momento das observações, as mães mostraram que priorizam os cuidados com o filho e com o ambiente. O que pode ser ilustrado com as notas de observação;

A mãe movimenta os bracinhos, toca as bochechas fazendo movimentos circulares. Ela conversa baixinho com o filho o tempo todo. Coloca-o na posição canguru (...) (Notas de observação, M4).

O bebê é colocado cuidadosamente no colo da mãe pela profissional de saúde. A mãe segura o filho com carinho e conversa com ele grande parte do tempo. O bebê permanece calmo e tranquilo, fecha os olhos e se aconchega no colo da mãe. Após algum tempo, alguém acende a luz da unidade neonatal, e a mãe protege os olhinhos do filho (Notas de observação, M3).

A mãe cobre a incubadora com o pano verde – utilizado para diminuir a luminosidade – e depois fecha devagar as portinholas da incubadora (Notas de observação, M2).

É interessante notar que as mães passam a sentir-se mais confortáveis no contato íntimo com o filho, conversando, acariciando e protegendo. Apoiando-se na fundamentação teórica desta pesquisa, com o movimento mútuo dos agenciamentos pelos quais essas mães foram afetadas um novo território se constituiu. Como afirmam Guattari e Rolnik (1999) o território é um conjunto de representações em que os comportamentos, os investimentos confluirão nos tempos e nos espaços culturais, sociais e cognitivos. Uma nova mãe pode surgir dessa mistura presente na unidade neonatal.

A posição canguru, preconizada pelo Método também foi observada.

(...) Coloca o filho na posição canguru (Notas de observação, M4).

A mãe coloca novamente em posição canguru, encosta seu rosto no do bebê, nina e conversa com o filho. A voz é tão baixinha que a pesquisadora não consegue escutar (Notas de observação, M1).

M2 permanece sentada ao lado da incubadora, com o filho em posição canguru. Ela acaricia e conversa com o bebê. A fala é baixinha, a pesquisadora não consegue escutar (Notas de observação, M2).

Aqui aparece outro ponto, a preocupação com o ambiente, as mães conversam baixinho com seus filhos como um gesto de carinho, mas também porque dentre as orientações, está aquela sobre a interferência dos ruídos excessivos. Segundo França (2004), ruído e luz excessivos podem interferir na estabilidade clínica do bebê prematuro e tornar o ambiente estressante e desagradável.

É importante ressaltar que as mães desamparadas e vivendo em um ambiente novo e desconhecido, seguem as orientações da forma como a equipe de saúde ensina. Assim, sentem-se estimuladas a manter a relação afetiva com o filho. Obter informações sobre o bebê permite uma maior facilidade na aproximação dos pais com os bebês (BRUM; SCHERMANN, 2004). As mães demonstram confiança nos profissionais de saúde, como mostram as falas abaixo:

Eu sei que eles tã sendo bem cuidado, toda hora faz antibiótico, tem um tratamento sério com o bebê da gente (...) (M3).

O pessoal daqui é muito assim, como eu posso explicar, são muito atenciosos, até agora eu não tive nenhum contratempo. Eu estou sendo bem acolhida, bem assistida. O Luiz eu acho que está sendo bem assistido. Foi recebido muito bem aqui (M2).

Como visto, as mães passam a confiar no cuidado e na narrativa dos profissionais de saúde. Os agenciamentos coletivos de enunciação, segundo as ideias de Deleuze e Guattari (1995), remetem aos enunciados, à uma máquina de expressão que determinam a utilização dos elementos da língua e da palavra. Nas palavras dos autores, “[o] agenciamento não remete à uma produtividade de linguagem, mas à regimes de signos, à uma máquina de expressão cujas variáveis determinam o uso dos elementos da língua” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 32). Assim, a estratégia de implantação e desenvolvimento do Método Canguru na unidade neonatal deve levar em consideração essa relação, já que ele funciona como elemento de criação de subjetividades. A forma de apropriação torna-se própria de cada mãe, que experimenta subjetividades multifacetadas, construindo modalidades maternas.

5.2 Relações mediadas pela internação do bebê na unidade neonatal

A recuperação do bebê prematuro depende tanto dos cuidados médicos quanto do carinho das mães que desejam participar dessa etapa para a sobrevivência. Como compreendido nas entrevistas e também encontrado no trabalho de Lamy e colegas (1997) sobre a percepção de pais sobre a internação dos filhos na unidade neonatal, a internação do filho após o nascimento pode ser um fato novo, inesperado e percebido pelos pais como assustador. Neste trabalho, a alta materna não associada à alta da criança faz parte dessa novidade que provoca o medo e a dor.

A vontade da mãe de levar o filho para casa, para seu ambiente acolhedor e conhecido está presente desde a gestação, acompanhando os sonhos e fantasias. Mesmo compreendendo a necessidade clínica da internação, as mães sentem-se inseguras e preocupadas.

A gente idealiza várias coisas pro filho da gente, A gente monta o quarto, a gente faz planos, quer tá com o filho no colo, fazer tudo do bom e do melhor pra ele né, dar conforto, dar amor, dar carinho (...) Por enquanto a gente não pode tá fazendo isso e causa um certo desconforto (...) Porque o bebê prematuro você já sabe assim, eu não vou poder levar ele pra minha casa, ele vai ter que ficar aqui no hospital (...) A gente sabe que aqui ele tá tendo as medicações correta e tal e tudo, mas mesmo assim a gente não deixa de ficar preocupada. A gente vai pra casa só que... a cabeça da gente fica aqui. A gente não descansa totalmente a cabeça, a gente só descansa o corpo. A cabeça da gente fica aqui só vinte e quatro horas e a vontade que a gente tem é de pegar e ficar com ele sabe... (M3).

Nossa Senhora é terrível... Teve um dia eu falei assim; "Ah, João a mamãe vai ter que ir embora agora e tal" E ele fez uma carinha de choro sabe, tipo querendo chorar, aí eu... "Ai meu Deus, como é que eu vou embora?" Eu falei assim: "Não, mais não preocupa não que a mamãe vai voltar amanhã". Aí ele deu um sorriso (...) Eu cheguei em casa deu uma vontade de voltar (risos) (M4).

As falas seguintes reforçam ainda mais a vontade de ter o filho em casa, e a dificuldade que as mães encontram na mediação casa-hospital.

(...) você tem que vir pra cá e ficar com ele aqui, ao invés de você estar em casa com ele tranquilo, do jeito que você quer, do jeito que você pensa, que está pensando e tal (M4).

(...) a partir do momento que agente chega em casa agente fica sem cabeça, fica pensando como é que tá lá, será que ele tá bem, será que ele teve uma recaída, uma melhora, será que eu vou chegar lá e vai ter tirado alguma coisa (...) fica rezando pra amanhecer o dia e vim logo pra ver como é que tá (M6).

(...) é complicado pra gente não ter que levar pra casa (M2).

O ambiente e suas interfaces, a maquinaria, a linguagem técnica da equipe, os procedimentos clínicos que precisam ser realizados e a presença dos profissionais que transitam pela unidade o tempo todo produzem subjetividades no processo de maternar e transitar por esse meio.

(...) eu acho que pra trabalhar ali tem que ter carinho mesmo, é Deus que põe essas pessoas pra cuidar do seu bebê (,,,) Substitui um pouco a gente (...) porque é elas que mexem, elas que trocam, elas que dão leite, elas que ficam à noite (...)Eu fui interrompida um pouco agora (...) (M2).

Nesta fala, pode ser percebida mais uma vez a confiança da mãe na equipe, na maneira de cuidar, o que pode ser percebido até mesmo na referência como

“mães substitutas” das crianças enquanto presentes na unidade neonatal. Os cuidados maternos protagonizados pela equipe “interrompem” a mãe biológica em seu processo de se fazer mãe: trocar fraldas, amamentar, cuidar à noite. A impossibilidade de ser mãe em tempo integral força singularidades na construção da subjetividade dessas mulheres.

Outro ponto percebido nesta pesquisa foi a possibilidade de compartilhar experiências e laços de solidariedade com outras mães presentes na unidade, como pode ser visto nas falas abaixo:

Do outro lado a mãe que teve gêmeos, você viu? Chama José também... (risos) Aí agente tava até com medo, na época foi igual eu. Aí depois agente vai conversando e vai ficando mais tranquilo, que vê que vai reagindo bem né (...) Quando agente conversa com alguém que passou pela mesma coisa, agente fica mais... (M1).

(...) hoje mesmo eu tive uma notícia de uma colega nossa, agente acaba fazendo amizade aqui com as outras mães. Então agente não deixa de contar caso uma pra outra e tal... Agente fica muito triste, o bebê dela faleceu né, pegou infecção. Então agente pensa assim: “Será que vai acontecer com o meu também?” (M3).

Essa relação com outras mães contribui para a constituição dos processos de subjetivação que produzem a maternidade nessa situação de risco. As mães sentem-se mais seguras quando em contato com outras vivências, mesmo que cada uma com sua singularidade. A experiência diária da pesquisadora com essa população apaixonante permite dizer que o apoio múltiplo de umas com as outras produz segurança e força além de medos e receios para viver o dia a dia neste ambiente inseguro.

Como colocado anteriormente, reforça-se aqui que as falas presentes neste espaço único, tanto da equipe de saúde quanto das mães, atuam como agenciamento de enunciação e sua movimentação em conjunto com os agenciamentos maquínicos referem à diversidade de maneiras de experienciar a maternidade.

5.2.1 A amamentação

A amamentação se apresenta como mais um ponto a ser compreendido neste estudo, pois é um assunto presente diariamente na unidade neonatal. Durante

as entrevistas, as mães falaram da representação desse momento e do desejo de amamentar:

É o período mais bonito que tem, é esse da mãe amamentando o filho. Eu acho o mais bonito... A melhor fase (M4).

A gente tem essa vontade de pegar o bebê no colo, de poder dar o leite do peito pra ele. Eu acho que isso é melhor coisa pro bebê (...) isso deve ser muito bom tanto pra gente quanto pro bebê (M3).

Ah... Eu adoro amamentar (M5).

Esta última afirmação de M5 pode ser explicada porque ela amamentou os outros dois filhos até um ano e um ano e dois meses, parando apenas devido a ferimentos no seio que inviabilizavam o aleitamento.

Mesmo com toda a proposta pronta de estimulação ao aleitamento materno, os processos experimentados pela M6, mãe de outros dois filhos podem ser compreendidos de maneira singular:

Eu nunca dei peito pros meus meninos até seis meses concretinhos, só peito não, sabe, eu sempre dava mamadeira também, eu num tenho muita paciência não (M6).

Eu nunca tive paciência de ficar com menino no peito e uma vasilha pra lavar, uma roupa pra lavar e ficar sentada esperando dar um peito dar o outro, aí eu sempre dou mamadeira (M6).

Como pode ser visto nas falas acima, a mãe conhece as orientações relacionadas ao aleitamento materno, mas permite que a composição de forças externas estabeleça novas criações, sua singular experiência de ser mãe e alimentar o filho neste novo encontro.

Uma questão importante para ressaltar é a percepção da sucção no seio materno referenciada como condicionante à alta hospitalar, como pode ser vista nas falas abaixo:

(...) que eu tava doida pra ir embora, doida que ele fosse embora sabe pra ele pegar o peito rápido, peso é mais rápido né (...) (M6).

(...) agora é rezar pra não perder peso (M6).

A gente vai tentar à tarde pra ver se ele vai conseguir. Espero que sim, que ele pegue né, que eu saia daqui logo com ele (risos) (M2).

A mãe pode não desejar amamentar o filho por razões pessoais ou impessoais, mas a vinculação ao ganho de peso e à alta hospitalar feita pela própria equipe estimula a ansiedade em oferecer o seio materno o mais depressa possível. Dentre as orientações oferecidas às mães no momento em que adentram a unidade neonatal, a importância de amamentar o filho é predominante. Por fazer parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a equipe é treinada para favorecer o aleitamento materno sempre. Percebe-se na rotina diária da unidade um olhar focalizado para iniciar a amamentação assim que o bebê tiver condições clínicas e for liberado pelo pediatra.

Pode ser percebida também, a cobrança materna e familiar, das redes sociais que insistem na presença da criança em casa, no convívio do lar, onde todos podem ter livre acesso, considerando a proibição de visitas na unidade neonatal, com exceção dos avôs e avós que possuem um dia especial.

(...) a gente fica com uma ansiedade pra poder levar logo (o bebê para casa). Todo mundo fica esperando por ele. Todo dia que eu chego todo mundo pergunta se mamou bem, se dormiu bem, se vai receber alta... (M1).

(...) incomodou mais os outros que ficavam ligando toda hora. (...) mas eles que ficam mais me cobrando (...) eu to vendo né, e eles não tão (M5).

Todos esses contextos atravessam a experiência diária das mães e as relações mediadas pela unidade de neonatologia.

5.2.2 O espaço físico como elemento de subjetivação

O ambiente em que esta pesquisa foi realizada possui divisões de espaço nomeadas pela própria equipe de saúde. São lugares denominados de acordo com a estabilidade clínica da criança e, por vezes, para favorecer a dinâmica do cuidado. As mães que tem o filho internado nesta unidade passam a conhecer as rotinas e tornam-se vigilantes dos cuidados, da equipe e até mesmo da localização da criança nesse espaço delimitado.

Hoje eu cheguei, tinha mudado a incubadora de lugar, você já entra assustada (...) (M5).

A fala acima demonstra que desde o início, a mãe estabelece uma referência com a localização do filho, e uma alteração pode provocar sentimento de insegurança e retomar o medo da perda que ronda a prematuridade.

Por outro lado, a mãe também percebe o lugar em que o filho se encontra na unidade neonatal como uma evolução positiva do seu estado de saúde, o que provoca tranquilidade e confiança, como ilustrado:

No começo eu fiquei assim um pouco nervosa, agitada, assim, né. Porque a gente fica com medo. Mas agora está tudo tranquilo, está tranquilo agora. Agora ele já está no baixo risco, agora a gente fica mais tranquilo sabendo que ele está bem (M1).

Questionada sobre qual o motivo da transferência para o baixo risco, essa mesma mãe responde:

É para amamentar e poder aprender a pegar no peito direitinho (M1).

Percebe-se, então, que a demarcação do ambiente possui um significado muito importante, e elas se tornam realmente vigilantes, o que também engloba a troca de experiência com outras mães ali presentes.

A mãe conversa com as outras mães de bebês próximos sobre a troca de lugar de seu filho. Ontem ele estava do lado esquerdo e hoje está do lado direito. Elas comentam que o bebê foi promovido (Notas de observação, M4).

Na construção da relação com o bebê prematuro, a mãe adiciona o lugar onde essa criança se encontra como um dos elementos de subjetivação da maternagem. Haesbaert e Bruce (2002) trazem a noção de território de Guattari como relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema no qual o indivíduo se sente “em casa”, uma apropriação própria. Ele é um conjunto de representações nas quais vão desembocar inúmeros comportamentos nos tempos, nos espaços sociais, culturais, estéticos e cognitivos. Assim, território é um agenciamento que extrapola o espaço geográfico, porque tudo pode ser agenciado, desterritorializado e reterritorializado.

Neste sentido, o significado de território é muito mais amplo do que meramente espacial. Nesta pesquisa, foi observado que a espacialidade geográfica e suas denominações na unidade neonatal e as possibilidades de agenciamentos

maquímicos e de enunciação produzindo subjetividades transcendem essa forma rígida de organização. Apoiado nos autores Deleuze, Guattari e Rolnik, esse fator externo pode ser notado como componente dos processos de subjetivação interferindo na composição do modo de existência materna na cena estudada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestas últimas páginas pretende-se dizer um pouco da trajetória da pesquisadora neste trabalho estimado e especial. Ele tem como autora uma fisioterapeuta arriscando-se em águas completamente estrangeiras, leituras da psicologia e de áreas afins como corpo teórico para tentar elucidar questões provenientes do convívio diário com mães de bebês prematuros, suas histórias e suas transformações. A experiência derivada da imersão no campo suscitava questões: como essas mulheres vivenciavam a maternidade de maneira inesperada? Como o novo ambiente e toda sua rotina, sua aparelhagem e linguagem especializada atuavam no tornar-se mãe? Para isso, o encontro delicioso, mas árduo, com Deleuze, Guattari e Rolnik proporcionou o conhecimento do conceito de processos de subjetivação e suas interfaces, ferramenta considerada importante para essa criação.

A questão central desta pesquisa era compreender a experiência de ser mãe de um bebê prematuro em uma unidade neonatal. Foi possível concluir que a unidade neonatal, palco da primeira etapa do Método Canguru, sua multiplicidade de componentes que envolvem os instrumentos, as técnicas, os profissionais e a linguagem especializada contribuem para a diversidade de maneiras de experienciar a maternidade. Observou-se que o espaço é propício a combinações de papéis preconcebidos com movimentos inusitados (ou conhecidos, em função de experiências prévias de algumas mães) que permeiam o cotidiano da unidade.

Como pressuposto, acreditava-se que a experiência de ser mãe podia se modificar nesta nova cena, mesmo reconhecendo a expressão dos papéis culturais frequentemente atribuídos às mulheres que se tornam mães. Eles foram confirmados pela pesquisa, através do surgimento de mães marcadas pelo cenário da unidade neonatal, resultado dos múltiplos atravessamentos que o ambiente, os profissionais e a linguagem especializada produzem, contribuindo para a produção de subjetividades.

Na unidade neonatal, as mães de bebês prematuros podem vivenciar uma nova experiência de maternidade, repleta de múltiplas facetas, uma vez que os agenciamentos podem criar simultaneamente, papéis culturais e sociais que forçam compreensões supostamente universais sobre o que é ser mãe e a singularidade de cada mãe e suas relações.

Na revisão de literatura sobre “ser mãe”, foram encontradas diferentes perspectivas teóricas e concepções de maternidade apoiadas na natureza feminina, no construcionismo social e cultural. Porém, o conceito de processos de subjetivação opõe-se a perspectivas universais, interiorizadas ou identitárias como modos de explicação sobre as subjetividades. A ideia de substancialidade do sujeito, de unicidade ou permanência é abandonada para dar lugar ao caráter criacionista, aberto, desmontável, reversível, apoiando que nada é único, nada apresenta uma totalidade. Buscou-se, assim, na experiência específica de uma unidade neonatal os elementos que participavam da composição de variados modos de ser mãe.

Alguns autores também defendiam essa idealização da figura materna dentro da política do Método Canguru. Mas na leitura desse manual consegue-se perceber que ele se aposta numa aproximação cotidiana da mãe com o bebê, no contato físico, no estímulo à amamentação e a participação dos cuidados como elementos que reforçam o envolvimento afetivo precoce e os papéis de cuidado com os filhos condensados principalmente na mãe. A implantação e desenvolvimento desse programa nos serviços de saúde podem atuar como elemento de construção de subjetividades. A pesquisa se esforça, portanto, menos na desmontagem ou denúncia de problemas do método, mas, ao contrário, em compreender seus efeitos em novas composições subjetivas. Nesse sentido, o estudo pretende contribuir para que se aprofundem os entendimentos sobre o que acompanha os avanços tecnológicos implementados pelo Método Canguru, fornecendo leituras analíticas que permitam repensar as formas cotidianas de se operar a favor do cuidado neonatal.

A partir dessa compreensão das práticas de saúde na atenção perinatal, buscou-se também, contribuir para uma assistência neonatal integral, ampliando as possibilidades de intervenção e propiciando melhor qualidade no atendimento. Novos trabalhos abordando diretamente os profissionais de saúde fazem-se necessários, uma vez que eles próprios são elementos produtores de subjetividades.

Importante considerar a transformação da pesquisadora no decorrer do estudo, o que certamente afetou essa escrita. A vivência nesta pesquisa contribuiu e está contribuindo para a modelização de seu trabalho profissional, do exercício da prática clínica como fisioterapeuta além de moldar subjetividades pessoais.

A pesquisadora apoiava-se na função culturalmente instituída e condensada na mãe. A partir dessa pesquisa permitiu-se um novo olhar, uma visão simultânea,

ampliada e desmontável da mãe, também sujeita às modificações que a experiência em uma unidade neonatal e seus elementos proporcionam na constituição dos diversos modos de ser mãe. Esta pesquisa pode, então, ser considerada como elemento de produção de processos de subjetivação experimentados pela pesquisadora na bela e inovadora arte de singularizar.

REFERÊNCIAS

ANDREANI, Grace; CUSTÓDIO, Zaira A. O.; CREPALDI, Maria Aparecida. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p.115-126, dez. 2006.

ARIVABENE, João Calos; TYRRELL, Maria Antonieta R. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.18, n.2, p.130-136, mar./abr., 2010.

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

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BITTAR, Roberto E.; ZUGAIB, Marcelo. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.4, p.203-209, abr., 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 238p. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229. Acesso em 04 set. 2011.

BRUM, Evanisa Helena M.; SCHERMANN, Lígia. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica da situação de nascimento de risco. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.457-467, 2004.

CHAPARK, Nathalie *et al.* Kangaroo Mother Care: 25 year after. **Acta Paediatrica**, v.94, p.514-522, 2005.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 5.ed., 2001.

COSTA, Maria Cristina G. da; ARANTES, Mariana Q.; BRITO, Michely, D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.4, p.698-704, 2010.

DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Felix. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. vol.2. Rio de Janeiro. Ed.34, 1995.

DELEUZE, Gilles. PARNET, Claire. Psicanálise Morta Análise. In: DELEUZE, Gilles. PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta. 1998. P.63-100.

DIAS, Elsa Oliveira. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago. 2003.

DOREA, Guga. Gilles Deleuze e Feliz Guattari: heterogênesse e devir. **Margem**, São Paulo, n.16, p. 91-106, dez. 2002.

FRANÇA, Ariadne C. de A. **O desamparo do bebê prematuro de risco na unidade neonatal**: implicações psico-afetivas. 2004. 33f. Monografia (Especialização) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Betim.

FREIRE, Padre Airton. **Blog**. Disponível em: <http://padreairton.blogspot.com/> Acesso em: 16 nov. 2011.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Coleção Trans, ed.34, 208 p. 1992.

GUATTARI, Félix. Da produção da subjetividade. In: **Imagem Máquina**: A Era das tecnologias do virtual. São Paulo, ed.34, 1996.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

HAESBAERT, Rogério; BRUCE, Glauco. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. **Geographia**, v.4, n.7, p.1-15, 2002.

KIND, Luciana. Elementos para a análise temática em pesquisa qualitativa. In: **Colóquio Interinstitucional de Laboratórios de Psicologia**. Belo Horizonte, jul. 2007.

LAMY, Zeni. Carvalho; GOMES, Romeu; CARVALHO, Manoel de. A percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**, v.73, n.5, p.293-298, 1997.

LAMY, Zeni Carvalho *et al.* Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.659-668, 2005.

MARCELLO, Fabiana de Amorim. Enunciar-se, organizar-se, controlar-se: modos de subjetivação feminina no dispositivo da maternidade. **Revista Brasileira de Educação**, n.29, p. 139-151, maio/ago., 2005.

MENEZES, Rodrigo Carqueja de. Devir e agenciamento no pensamento de Gilles Deleuze. **Comum**, Rio de Janeiro, v.11, n.26, p. 66-85, jan/jul. 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed., São Paulo: Hucitec, 2002.

MITTAG, Barbara F.; WALL, Marilene, L. Pais com filhos internados na UTI neonatal – sentimentos e percepções. **Farmácia Saúde e Desenvolvimento**., Curitiba. v.6, n.2, p.134-145, maio/ago. 2004.

- MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. A ruptura do continuar a ser. **Mental**, Barbacena, Ano V, n. 8, p. 91-106, jun. 2007.
- MOREIRA, Jacqueline de Oliveira *et al.* Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.3, p. 475-483. jul. /set. 2009.
- MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Reinventando a maternidade no programa mãe canguru: o encontro com as redes sociais e novas definições de maternagem. **Mnemosine**, Rio de Janeiro. v.4, n.2, p.200-229, dez. 2008.
- MOREIRA, Lisandra E. ; NARDI, Henrique C. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). **Estudos femininos**, Florianópolis. v.17, n.2, p.569-594, maio/ago., 2009.
- OBEIDAT, Hala M.; BOND, Elaine, A.; CALLISTER, Lynn C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. **The Journal of Perinatal Education**, v.18, n.3, p.23-29, 2009.
- POZZEBON, M.; FREITAS, H. M. R. Pela Aplicabilidade – com um maior rigor científico – dos Estudos de Caso em Sistemas de Informação. **RAC**, v.2, n.2, p. 143-170, maio/ago. 1998.
- PROCIANOY, R. S.; GUINSBURG, R. Avanços no manejo do recém-nascido prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.1, S1-S2, Rio de Janeiro, 2005.
- ROSE, Nikolas. Inventando nossos eus. In: SILVA, Tomaz Tadeu. **Nunca fomos humanos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- SÁ, Érica Cristina de. De volta ao fogão: A (re) valorização da maternidade intensiva e do trabalho doméstico feminino. **Fazendo Gênero 9**, Diásporas, diversidade, Deslocamentos. Ago., 2010.
- SALES, Catarina Aparecida *et al.* Vivenciando a facticidade em dar existência a filho prematuro: compreensão dos sentimentos expressos pelas mães. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá. v.27, n.1, p.19-23, 2005.
- SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação.**, v.5, n.8, p.47-60, fev., 2001.
- SILVA, Laura Jonhanson da; SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.43, n.3, p. 684-689, 2009.
- SILVEIRA, Mariângela F. *et al.* Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p.957-64, 2008.

THOMAZ, Ana Claire Pimenteira *et al.* Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia**, v.10, n.1, p.139-146, 2005.

TOMA, Teresa S. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.19, sup.2, S233-S242, 2003.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. RJ: Vozes, 2003.

VENANCIO, Sonia Isoyama; ALMEIDA, Honorina de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria.**, Rio J, v.80, sup.5, S173-180, 2004.

VÉRAS, Renata M.; TRAVERSO-YÉPEZ, Martha, A. A maternidade nas política de humanização dos cuidados ao bebê premature e/ou de baixo peso- Programa Canguru. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.18, n.1, p.61-80, jan./abr., 2010.

WIGERT, Helena *et al.* Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. **Scandinavian Journal Caring Sciences**, v.20, p.35-41, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. **Kangaroo Mother: a practical guide**, 1.ed. Geneva, WHO Library Cataloguing-in Publication Data, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public health aspects of low birth weight**, Geneva, WHO (Technical Report Series, 217), 1961.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ZOURABICHVILI, François. **O vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro, 2004.

APÊNDICE A - Roteiro Entrevista



Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Roteiro Temático para Entrevista

Identificação da mãe			
Nome:			
Idade:	Estado civil:	Escolaridade:	Profissão:
História da gravidez			
Indagar se a criança foi programada, reação da própria mãe e do pai frente à gravidez, se fez acompanhamento pré-natal, se é o primeiro filho, se já teve algum aborto, como está sendo construída a maternidade.			
Sobre o recém-nascido			
(investigar os dados objetivos que a mãe conhece sobre seu filho)			
Nome:			
Data do nascimento:		Tipo de parto:	
Peso ao nascer:		Idade gestacional:	
Que tipo de procedimentos ele foi submetido e que tipo de instrumentos ele necessitou.			
Quando e como foi o início da sucção no peito.			
Parto e Internação do bebê			
Sentimento em relação ao nascimento prematuro, ao período de internação do filho, a unidade neonatal, a equipe, as orientações, conhecimento e prática do método canguru (primeira etapa), a amamentação e vivência da maternidade neste contexto.			

APÊNDICE B – Roteiro Observações



Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Roteiro temático para observação

Dados gerais da observação

Data:

Local:

Disposição de objetos no ambiente observado (posição de objetos e da mãe na cena observada)

Horário de início da observação:

Horário de término da observação:

A mãe

Como acontece o encontro entre a mãe-bebê, identificar sentimentos expressos pela mãe, se ocorre o contato pele-a-pele ou alguma demonstração de sua presença. Como acontece o momento da amamentação.

Neste momento, observar o local em que o bebê se encontra (berço aquecido, comum, incubadora), instrumentos ou equipamentos utilizados, reações frente a presença da mãe, movimento, choro ou sono e como a mãe reage frente a essas manifestações.

O Método Canguru

Como a mãe recebeu informações, como o Método Canguru foi recebido pela mãe, como ela participa do Método e realiza os procedimentos indicados.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: **PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO VIVENCIADOS POR MÃES EM UMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA**

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa, sob responsabilidade da pesquisadora Karina Lima Lara, que está sendo desenvolvida como trabalho de mestrado no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). O objetivo deste estudo é produzir conhecimentos sobre a experiência de ser mãe de um bebê prematuro.

1. Procedimentos do estudo

Você será observada em alguns momentos durante o acompanhamento do(a) seu(sua) filho(a) e solicitada a conceder uma entrevista com foco em sua experiência como mãe de um bebê prematuro. A entrevista será gravada, transcrita e posteriormente analisada.

2. Riscos e desconfortos

Não há riscos diretos previstos no desenvolvimento desta pesquisa que se utiliza de instrumentos de coleta de dados consolidados nas ciências humanas. Não existem registros de riscos por sua utilização na bibliografia do campo. Entretanto, se em qualquer momento se sentir desconfortável, você poderá se retirar do estudo, bastando informar a pesquisadora desse interesse.

3. Benefícios

A pesquisa não oferecerá benefícios diretos para você, mas beneficiará outros pesquisadores e profissionais de saúde, pois contribuirá para a produção de conhecimento sobre a maternidade de bebês prematuros.



Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

4. Custos / reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo. Os encontros acontecerão no hospital em que seu filho permanece internado, em horário de sua conveniência, e a pesquisadora estará disponível para que a entrevista seja realizada.

5. Caráter confidencial dos registros

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados com nomes fictícios e sem a menção a detalhes que poderiam identificá-la. Portanto, você não será identificada quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. De maneira a assegurar sua privacidade, as informações obtidas através de entrevistas que contêm dados que possam identificá-la, serão devidamente arquivadas pela pesquisadora por um período de 5 (cinco) anos em conformidade com a Resolução CNS196/6, sendo destruídos passado esse período.

6. Participação

Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito nesta instituição. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, favor notificar a pesquisadora.

O projeto da pesquisa foi apresentado à direção deste hospital e devidamente aprovado pelo Núcleo de Pesquisa para sua realização. Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CEP PUC Minas), sob o número CAAE – 5095.0.000.213-10. O CEP PUC Minas se localiza na Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 43 sala 107, CEP 30.535-610 – Belo Horizonte – Minas Gerais e é coordenado pela Prof^a Maria Beatriz Rios Ricci, que poderá ser contatada em caso de questões éticas, pelo telefone (31) 3319-4517 ou e-mail cep.proppg@pucminas.br

A pesquisadora responsável pela pesquisa poderá fornecer qualquer esclarecimento que julgar necessário, bastando contato no seguinte endereço e/ou telefone:

Karina Lima Lara
Endereço: Rua Professora Josefina Bento, 215, Angola
Betim – MG
Telefone: (31) 3532-4465 / 9106-6565
klimalara@hotmail.com



Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Li, ou alguém leu para mim, as informações contidas neste documento antes de assiná-lo. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição desta pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Compreendo que sou livre para me retirar em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante

Data

Assinatura do participante ou representante legal

Data

Karina Lima Lara

Data

Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

ANEXO**Documento de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas****PUC Minas** Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-Graduação

Comitê de Ética em Pesquisa

Belo Horizonte, 29 de outubro de 2010.

De: Profa. Maria Beatriz Rios Ricci
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Para: Karina Lima Lara
Programa de Pós-graduação em Psicologia

Prezado (a) pesquisador (a),

O Projeto de Pesquisa CAAE – 5095.0.000.213-10 “*Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma Unidade de Neonatologia*” foi **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas.

Atenciosamente,

Profa. Maria Beatriz Rios Ricci
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – PUC Minas