

Erika da Silva Dittz

**A VIVÊNCIA DA MULHER-MÃE NO ALOJAMENTO
MATERNO DURANTE A INTERNAÇÃO DO
RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL**

Belo Horizonte

2006

Erika da Silva Dittz

**A VIVÊNCIA DA MULHER-MÃE NO ALOJAMENTO
MATERNO DURANTE A INTERNAÇÃO DO
RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Roseni Rosângela de Sena

**Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2006**

D617v Dittz, Érika da Silva
A vivência da mulher-mãe no alojamento materno durante a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Érika da Silva Dittz. Belo Horizonte, 2006.
132f.
Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Medicina
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente
Orientador: Joaquim Antônio César Mota
Co-orientador: Roseni Rosângela de Sena
1.Mães/psicologia 2.Recém-nascido 3.Criança hospitalizada
4.Alojamento conjunto 5.Relações mãe-filho 6.Relações interpessoais
7.Avaliação de processos (Cuidados de saúde) 8.Prestação de cuidados de saúde/tendências I.Título

NLM: WS 105.5
CDU: 616-053.2

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadêu Penna

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Faculdade de Medicina

Diretor: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Carlos Farias Santos Amaral

Departamento de Pediatria

Chefe: Cleonice de Carvalho Coelho Mota

Vice-Chefe: Maria do Carmo Barros de Melo

Colegiado do Curso de Pós Graduação em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Sub-Coordenador: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof. Francisco José Penna

Prof^a Ivani Novato Silva

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof. Marcos Borato Viana

Prof^a. Regina Lunardi Rocha.

Prof. Roberto Assis Ferreira

Miguir Terezinha Vieccelli Donoso (Rep. Discente – Titular)

Valéria Tassara (Rep. Discente - Suplente)

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Ciências da Saúde

Dissertação intitulada: *“A vivência da mulher-mãe no alojamento materno durante a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”* de autoria da mestranda Erika da Silva Dittz, aprovada pela banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:

Dr. Joaquim Antônio César Mota (Orientador)

Dra. Roseni Rosângela de Sena (Co-orientadora)

Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi (Titular)

Dra. Lélia Maria Madeira (Titular)

Dra. Lúcia Maria Horta Figueiredo (Suplente)

Belo Horizonte, 02 de junho de 2006

Dedico este trabalho

A meu pai

AGRADECIMENTOS

Às mulheres-mães que se dispuseram a participar deste estudo, por terem a ele dado alma.

A meu pai Dalton, por me ensinar a alegria que é viver. Papai, ainda sonho conversas com você. A sua ausência faz-se presença em todos os momentos de minha vida. Quanta saudade!

A minha mãe Ana, pela postura forte e positiva frente a todos os percalços da vida. O que penso, acredito e o que sou hoje é fruto da orientação que me deu, buscando sempre me guiar pelo melhor caminho.

A Inácio, meu companheiro de amor, de luta e de sonhos, por estar a meu lado durante a construção deste trabalho, compreendendo minhas ausências, meus momentos de irritabilidade e impaciência.

À Professora Doutora Roseni Rosângela de Sena, por aceitar trilhar comigo este caminho e compreender meus diferentes momentos no decorrer deste trabalho. Obrigada pela paciência, orientação e incentivo nas horas que mais precisei.

Ao Professor Doutor Joaquim Antônio César Mota, que prontamente aceitou participar deste projeto, minha gratidão pela confiança.

A minha irmã Elysângela, por toda a generosidade e paciência, sempre me acolhendo nos momentos de incerteza e inquietação.

A meu irmão Dalton Jr, companheiro e solidário, auxiliando-me sempre que precisava. Nossas cantorias davam-me energia nos momentos de cansaço.

Aos tios Divino, Dolores e Trindade, constante presença em todos os momentos de minha vida. O apoio de vocês tornou minha caminhada mais tranqüila.

A Lélia Maria Madeira, por ter feito comigo as primeiras discussões que resultaram neste estudo e por estar sempre disposta a ajudar-me.

Às colegas Tatiana e Patrícia que, trilhando o mesmo caminho, fizeram-se presentes nos momentos de ansiedade e dúvida.

Aos colegas do NUPEPE, pela oportunidade de participar de um espaço de construção coletiva e que muito tem contribuído para a minha formação. Muito do que aprendi com vocês revela-se neste trabalho.

Às colegas Zélia, Júlia, Ana Flávia e às acadêmicas Daniela e Renata, pelo apoio nos momentos em que foi necessário me ausentar da instituição.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar os significados atribuídos pelas mães de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) a sua permanência no Alojamento Materno do Hospital Sofia Feldman. Caracteriza-se como um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, orientado pela abordagem dialética. Foi cenário deste estudo o Hospital Sofia Feldman, situado em Belo Horizonte/Minas Gerais. Trata-se de uma instituição filantrópica, que presta assistência à mulher e ao recém-nascido e adota como missão a humanização da assistência. Os sujeitos da pesquisa são 35 mulheres que permaneceram no Alojamento Materno durante a internação do filho na UTIN. A coleta de dados ocorreu no período de 26/10 a 17/11/05, por meio de observação participante, grupo focal, diário de campo da participante e diário de campo da pesquisadora. Os discursos obtidos nos grupos focais e nos diários de campo das participantes foram submetidos à análise de conteúdo segundo a orientação de Bardin (1977). Da análise dos discursos emergiram duas categorias empíricas com suas respectivas subcategorias: **A condição de mulher-mãe com um filho recém-nascido internado na UTIN: sentimentos vivenciados:** a incerteza e o medo de perder o filho; a culpa; a fé e a religiosidade; o poder do recém-nascido; **A permanência no Alojamento Materno:** a vivência do espaço hospitalar; a convivência entre as mulheres-mães; as demandas da mulher e da família; o apoio recebido; a descoberta de novos sentidos; compromisso, participação e aprendizado no cuidado com o filho. Os resultados revelaram os sentimentos vivenciados pelas mulheres-mães na condição de mãe de recém-nascido internado na UTIN evidenciando que o principal significado de sua permanência no Alojamento Materno é a possibilidade de ficar junto do filho e participar de seu cuidado. Durante sua permanência no Alojamento Materno a mulher-mãe constrói uma rede de apoio composta pelas outras mulheres-mães que vivenciam a mesma situação, pela equipe de saúde e pela família. Essa rede constitui-se em elemento facilitador de sua permanência. Os resultados evidenciam, ainda, que apesar da permanência da mulher-mãe em tempo integral na instituição, não lhe é possibilitado integrar-se efetivamente no processo de cuidado do filho, sinalizando a necessidade de se repensar a organização do processo de trabalho e de se reestruturar o trabalho dos profissionais de saúde com vistas a atender às necessidades do recém-nascido e sua mãe/família, considerando-se a integralidade e a humanização da assistência. O estudo permite, por um lado, reconhecer um avanço na assistência oferecida ao recém-nascido, à mãe e à família. Mas, por outro lado, mostra que o desejo da mulher-mãe de participar do cuidado de seu filho enfrenta as limitações da organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Recém-nascido; Criança Hospitalizada; Relações Mãe-Filho; Alojamento Conjunto; Relações Interpessoais; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Prestação de Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the meanings that mothers of just born babies put into the Neonatal Intensive Therapy Unit (NITU) ascribe to their permanence in the Mothers Lodge of Sofia Feldman hospital. This study is characterized as qualitative, descriptive – exploratory, oriented by the boarding dialectical. This study took place in the Sofia Feldman Hospital, situated in Belo Horizonte/Minas Gerais. This Hospital is a philanthropic institution that assists women and newborn. The subjects of the research are 35 women that stayed in the Mothers Lodge during the permanence of their children in the NITU. The data collection happened from 10/26 to 11/17/05, through participative observance, focal group, field journal of the participant and field journal of the researcher. The data obtained in the focal groups and in the field journals of the participants was submitted to content analysis according to the orientation of Bardin (1977). Two empiric categories and their respective subcategories emerged from the data analysis: **The condition of a woman-mother with a just born child in the NICU : experienced feelings:** the uncertainty and the fear of losing the child; the guilt; the faith and the religiosity; the power of the just born child; **The permanence in the Mothers Lodge:** the experience of the hospital space; the living together between the women-mothers; the demands of the woman and of the family; the received support; the discovery of new senses; commitment, participation and learning related to the child care. The results reveal sentiments experienced by the women-mothers in the condition of mother of a just born child that is in the NITU, showing that the main reason for the permanence in the Mother Lodge is the possibility of staying with the child and participating of the child care. During their permanence in the Mothers Lodge, the woman-mother builds a support net with the other women-mothers that are experiencing the same situation, with the health team, and with the family. This net is a facilitator of her permanence. The results also show that despite the nonstop permanence of the woman-mother in the institution, she cannot be an effective part of the child care. That points out the need to reorganize the work process and to restructure the work of the health professionals in order to attend the needs of the just born child and his/hers mother/family, considering the integrality and the humanization of the assistance. The study allows to recognize an advance in the assistance offered to the just born child, to the mother and to the family. On the other hand, shows that the woman-mother's desire to participate of her child's care faces the limitations related to the organization of the health professionals work process.

KEY WORDS: Infant, Newborn; Child, Hospitalized; Mother-Child Relations; Rooming-in Care; Interpersonal Relations; Process Assessment (Health Care); Delivery of Health Care

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
1 UMA APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO	12
2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O OBJETO DE ESTUDO	18
2.1 A relação mãe e filho e suas implicações: do nascimento à hospitalização	18
2.2 A humanização da assistência ao recém-nascido no contexto da Política Nacional de Humanização	26
3 OBJETIVOS	34
3.1 Objetivo geral	34
3.2 Objetivos específicos	34
4 PERCURSO METODOLÓGICO	35
4.1 Referencial teórico	35
4.2 Cenário de estudo	37
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	40
4.4 Aspectos éticos.....	41
4.5 Coleta de dados.....	42
4.5.1 Observação participante.....	43
4.5.2 Diário de campo	44
4.5.2.1 Diário de campo da pesquisadora.....	45
4.5.2.2 Diário de campo da participante.....	45
4.5.3 Grupo focal	47
4.6 Tratamento e análise dos dados.....	51
5 QUEM SÃO AS MULHERES QUE PERMANECEM NO ALOJAMENTO MATERNO?	56
6 AS EVIDÊNCIAS DO MATERIAL EMPÍRICO	60
6.1 A condição de mulher-mãe com o filho recém-nascido internado na UTIN: sentimentos vivenciados	60
6.1.1 A culpa	61
6.1.2 A incerteza e o medo de perder o filho	65
6.1.3 O poder do recém-nascido	67
6.1.4 A fé e a religiosidade	69
6.2 A permanência no Alojamento Materno	71
6.2.1 A vivência do espaço hospitalar.....	72
6.2.2 A convivência entre as mulheres-mães	78

6.2.3 As demandas da mulher-mãe e da família	82
6.2.4 O apoio recebido	87
6.2.5 A descoberta de novos sentidos	95
6.2.6 Compromisso, participação e aprendizagem no cuidado do filho	98
7 COMEÇAR DE NOVO	112
REFERÊNCIAS	120
ANEXOS	127

1 UMA APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO

Como terapeuta ocupacional, estive sempre ligada à área de saúde mental. Nas duas instituições em que iniciei as minhas atividades profissionais, atendia a portadores de transtornos mentais graves. O atendimento a esses pacientes abrangia desde o período de crise até sua inserção na comunidade. No Hospital Sofia Feldman (HSF) a partir de 2002, tive a possibilidade de redimensionar minha prática centrada no campo psiquiátrico, ancorando-a na promoção da saúde mental.

No HSF, tive contato, inicialmente, com as mães que permaneciam na Unidade de Cuidado Mãe Canguru. Ao me aproximar dessas mães tomei consciência das situações vivenciadas por elas diante da necessidade de permanecer no hospital junto aos filhos. Desde então, direcionei minha atuação para o acompanhamento e aconselhamento dessas mães buscando compreender como se sentia cada uma delas como mulher, mãe e sujeito social. Nessa busca tentei facilitar a adaptação da mãe a essa nova situação e a estimulá-la a inserir-se no contexto da atenção a seu filho durante o período de internação.

Posteriormente, esse acompanhamento passou a ser dirigido a todas as mães de recém-nascidos que necessitavam permanecer internados na Unidade Neonatal. Essa Unidade é um espaço que integra três divisões: Unidade de Terapia Intensiva

Neonatal (UTIN), para os recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais cujas mães permanecem no Alojamento Materno; Unidade de Cuidado

Intermediário Neonatal (UCIN) e Unidade de Cuidado Mãe Canguru, ambas para os recém-nascidos que já superaram a fase mais grave de sua evolução, e permanecem com suas mães em internação conjunta.

Na minha convivência com as mães, pude observar que seus sentimentos e reações, em cada uma dessas unidades, eram bastante distintos e intimamente relacionados à situação de saúde do filho, à unidade de cuidado na qual seu filho se encontrava e à complexidade da assistência ali prestada.

Ao assumir a gerência do Alojamento Materno, passei a conviver mais intensamente com as mães que eram convidadas a permanecer na instituição durante a internação do filho na UTIN. Percebi que a decisão das mães de permanecer no hospital para acompanhar os filhos recém-nascidos internados evidenciava uma situação de conflito na qual a maioria não demonstrava dificuldades em decidir por permanecer no Alojamento Materno, mas confessava que a vontade era de ir embora. Para essas mães, estar no hospital significava, analogamente, estar em uma prisão, mesmo sabendo que nada as impedia de sair quando sentissem necessidade.

Percebia que a associação da permanência no hospital à idéia de prisão ultrapassava as paredes e o isolamento imposto pela situação, a mãe sentia-se obrigada a estar ao lado de seu filho.

Observei que frente à necessidade de permanecer no hospital, as mães mostravam-se divididas entre estar junto ao filho que se encontrava em uma

condição vulnerável ou preservar sua privacidade e sua cotidianidade. Em estudo realizado por Gomes (1999), sobre as repercussões da hospitalização do recém-nascido na família, constatou que a ausência do lar impossibilita a mulher de cumprir seus diferentes papéis (mãe, esposa, profissional), podendo culminar com o amadurecimento pessoal e familiar ou gerar conflitos e desagregação entre os membros da família.

Percebi que no primeiro contato das mães com o Alojamento Materno, muitas manifestavam reações negativas com relação ao ambiente físico, chegando a descrevê-lo como sendo um “amontoado de camas e mulheres”, muito distante da segurança e da privacidade encontradas em casa. Todavia, no acompanhamento às mães, pude verificar que sua percepção sobre o Alojamento Materno mudava à medida que eram acolhidas pela equipe e pelas mães que ali se encontravam.

Observei, ainda, que algumas mães manifestavam sofrimento mais acentuado traduzido em dificuldades no relacionamento com as outras mães e a equipe, na interação com filho e na participação nos cuidados dele. Essas, com frequência, manifestavam instabilidade emocional, dificuldade na compreensão das informações e orientações prestadas pela equipe multiprofissional.

A criação do Alojamento Materno no HSF partiu da necessidade de oferecer ao recém-nascido internado em UTIN uma assistência integral e humanizada; oferecendo, à mãe, condições de permanência na instituição em período integral a fim de favorecer e fortalecer o vínculo mãe-filho, incentivar e manter o aleitamento materno e capacitar a mãe como cuidadora. Essa iniciativa reflete a proposta assistencial da instituição que é sustentada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, o modelo de atenção tem como referência o usuário e busca atender suas necessidades e proporcionar-lhe maior autonomia e inclusão no processo assistencial.

Essa iniciativa corresponde, não apenas à missão do hospital de oferecer aos usuários uma assistência que garanta a integralidade e a humanização da assistência, mas também à decisão política de garantir, independentemente do financiamento do SUS, o cumprimento das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (E.C.A.) que diz no artigo 12 que: *“os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”* (BRASIL, 1991, p.8).

Há um reconhecimento da Instituição sobre a importância de promover a integralidade da assistência ao recém-nascido, considerando a família como parte da unidade cuidadora. A inclusão da mãe/família na assistência oferecida ao recém-nascido facilita a ampliação da atenção e contribui para a formação de uma rede de apoio para o recém-nascido.

A preocupação com a assistência à saúde integral e humanizada surgiu no final da década de 60, impulsionada pelos avanços tecnológicos que permitiram o maior controle das doenças infecciosas, e pelos questionamentos na área da Psicologia e da Psiquiatria Infantil, sobre a separação mãe-filho (LAMY, 1995).

Após estudos realizados por Klaus e Kennell (1993) sobre os efeitos da separação do binômio mãe-filho, a prematuridade e a internação prolongada foram reconhecidas como fatores de risco para atraso no desenvolvimento, seqüelas neurológicas, assim como maus-tratos familiares. A origem desses problemas foi atribuída ao afastamento da criança imposto à sua família.

A presença precoce e livre da mãe junto ao seu bebê pode ser um caminho para a humanização do ambiente da UTIN além de possibilitar a promoção da saúde física e mental de ambos. Assim, oferecer um atendimento humanizado em uma UTIN, espaço dominado pelos avanços da medicina, implica em utilizar tecnologias que vão para além de equipamentos. A partir dessa ótica, cuidar da mãe é uma tecnologia que deve ser incorporada na assistência neonatal como parte integrante do tratamento dos bebês (LAMY, 2000).

A importância da presença da mãe junto ao recém-nascido é reconhecida por diversos autores que a consideram fundamental para fortalecer o vínculo mãe-filho, repercutindo nas reações emocionais da mãe e do filho a longo prazo.

Nesse sentido, são criadas estratégias que facilitam a permanência da mãe junto ao bebê nas situações em que se fazem necessários os cuidados hospitalares. Apesar dessas ações, percebo que não se tem levado suficientemente em consideração a percepção da mãe e as dificuldades com que se depara durante sua permanência no hospital. Diante dessas considerações, surgiram algumas indagações que motivaram a realização deste estudo: Qual é a percepção da mãe sobre o Alojamento Materno? Na percepção da mãe, quais os benefícios e quais as dificuldades enfrentadas durante a sua permanência no Alojamento Materno? A compreensão das mulheres acerca de sua permanência no Alojamento Materno reflete essa estratégia como sendo favorecedora da humanização da assistência?

Pelo exposto, defini, como objeto de estudo, a permanência da mulher-mãe no Alojamento Materno durante a internação do filho em UTIN.

Considero que, para atender a mulher-mãe em sua individualidade e singularidade, é fundamental que a equipe de saúde compreenda a vivência dessa mulher-mãe durante sua permanência no Alojamento Materno e conheça suas reais necessidades.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O OBJETO DE ESTUDO

Ao fazer o recorte do objeto deste estudo, a revisão da bibliografia foi importante para recontextualizar a minha experiência e orientar o desenho metodológico do estudo. Assim, o diálogo com os autores referenciados permitiu a construção de duas categorias analíticas, que segundo Minayo (1999) podem ser entendidas como aqueles conceitos relacionados ao objeto, historicamente relevantes, e que expressam aspectos fundamentais para o conhecimento do objeto e comportam vários graus de abstração, generalização e aproximação.

2.1 A relação mãe e filho e suas implicações: do nascimento à hospitalização

Nos últimos sessenta anos, o parto e o nascimento deixaram de ser considerados eventos domiciliares e foram trazidos para dentro do hospital. Atualmente, é o hospital que determina os procedimentos envolvidos no nascimento e na morte, eventos cruciais da vida que cercam o desenvolvimento tanto do apego como do desapego, despojando as famílias de suas tradições e dos sistemas de apoio que as cercavam nestas transições altamente significativas (KLAUS; KENNEL, 1993).

Assim, com a ascensão dos hospitais e a oferta de recursos técnicos especializados, eles se tornaram o local de escolha para tratar enfermos e até

mesmo recém-nascido, que deveriam ficar confinados em berçários, longe de suas mães, para evitar qualquer tipo de infecção (UNGERER; MIRANDA, 1999).

No final da década de 40, os pesquisadores foram alertados para as conseqüências nefastas advindas da separação entre mãe e filho após o nascimento, destacando-se os trabalhos desenvolvidos por Bowlby (1960) e Spitz (1996). A descoberta desses pesquisadores abriu um novo campo de pesquisa que orientou as práticas assistenciais.

Desde as décadas de 40 e 50, foi demonstrado que a hospitalização conjunta, ao contrário do que se pensava, diminuía os índices de infecção hospitalar, os custos, os dias de internação e a morbimortalidade (CYPRIANO; FISBERG, 1990).

Spitz (1996) faz uma descrição clássica do quadro de hospitalismo no lactente onde, frente à privação afetiva parcial ou total, tem início uma série de alterações regressivas com atraso no desenvolvimento, perda de peso, baixa resistência a infecções, perda de contato com o meio e deterioração progressiva, podendo resultar na morte. Segundo Spitz (1996), o afeto é essencial na infância, quando a atitude emocional da mãe e seu afeto orientam e organizam o bebê, conferindo qualidade a sua experiência de vida, já que seu aparelho perceptivo e sua capacidade de discriminar estímulos sensoriais ainda não estão maduros.

Nos estudos realizados por Bowlby (1960), é descrita uma seqüência de alterações nas crianças hospitalizadas sem a presença da mãe como: angústia, depressão e

apatia. Esses estudos evidenciaram as conseqüências da perda, mesmo que temporária, da figura materna e reforçaram a importância da continuidade da relação afetiva entre a mãe (ou substituto) e a criança.

A partir da segunda metade do século XX os estudos a respeito da relação mãe e filho são fortemente marcados pelas teorias psicanalíticas. John Bowlby, psicanalista e psiquiatra, realizou os primeiros estudos sobre a importância da ligação emocional entre mãe e filho e, por meio da formulação da teoria do apego, possibilitou uma nova forma de pensar o vínculo mãe-filho e as repercussões no desenvolvimento decorrentes da separação precoce (BRETHERTON, 1992).

Na literatura, freqüentemente, a ligação emocional entre mãe e filho é denominada pelos termos *apego* e *formação de vínculo*. Contudo, considero necessário explicitar a diferença entre esses dois termos e qual a orientação seguida neste estudo. O *apego* foi definido por Bowlby (1997) como uma ligação emocional do bebê para com sua mãe, e o termo *vínculo* à ligação emocional dos pais em relação ao filho (KLAUS, KENNEL, 1993, 1998; KLAUS, KENNEL, KLAUS, 2000). Neste estudo adotarei a orientação de Klaus e Kennell (1993), que propõem a utilização do termo apego de forma mais ampla, referindo-se aos sentimentos que vinculam uma pessoa à outra nas duas direções: bebê-mãe e mãe-bebê.

Mas é importante fazer a distinção entre *apego* e *comportamento de apego*. O *apego* é considerado como sendo o sistema comportamental que tem como meta a busca de proximidade com a figura de apego. Os *comportamentos de apego*

constituem a mobilização expressivo-motora pela qual é alcançada a proximidade com a figura de apego (BOWBLY, 1990).

Klaus e Kennell (1993), em suas observações experimentais, têm utilizado como indicadores de apego os comportamentos de apego tais como: acariciar, beijar e aconchegar.

O desenvolvimento do apego dos pais para com o seu filho foi estudado por Brazelton (1988), que aponta que o mesmo não ocorre instintivamente como é difundido popularmente e que nem todos estão preparados para ele. Para o autor, o período de tempo para a formação de um apego íntimo e recompensador é individual, variando de pais para filhos, e deve ser visto como um processo contínuo. Afirma, ainda, que o apego não se refere apenas aos cuidados dispensados a um filho, mas também aos processos de aprendizado sobre como lidar com sentimentos conflitantes como a cólera, a frustração, o desejo de livrar-se de suas atribuições e até mesmo de abandonar a criança.

Klaus e Kennell (1993) propõem a existência de um período sensitivo, que ocorre logo após o nascimento, no qual, pelo contato estabelecido entre mãe e filho, floresce o apego. Para os autores, um distanciamento prolongado do binômio mãe-filho, pode levar a mãe a duvidar de sua capacidade de amar o bebê e a pensar que ele não lhe pertence. Essa situação, segundo os autores, é comumente observada nos casos de recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso. Assim, a separação precoce é um fator dificultador, uma vez que as mães estão impossibilitadas de

vivenciar o período sensitivo, podendo trazer problemas futuros na formação do vínculo afetivo entre mãe e filho.

Autores como Spitz (1996), Klaus e Kennell (1993), Klaus, Kennell e Klaus(2000), Brazelton (1988) e Bowlby (1989, 1990) buscaram compreender o apego e a formação do vínculo e descreveram que a ausência de possibilidades de a mãe interagir com o filho poderia comprometer o relacionamento futuro de ambos. Todavia, observa-se que os trabalhos realizados por Bowlby (1989, 1990) apontam uma visão determinista ao considerar que a separação da criança de sua figura de apego, mesmo por um curto período, produzirá efeitos permanentes.

Schaffer (2000) questiona esse pressuposto e aponta que experiências posteriores podem modificar as conseqüências das experiências da separação entre mãe-filho nos momentos iniciais após o nascimento. Sluckin, Herbert e Sluckin (1990) apresentam evidências de que as mães de recém-nascidos pré-termo, em circunstâncias favoráveis, podem assumir o cuidado de seus filhos de forma competente e estabelecer um vínculo tão forte quanto as mães de bebês nascidos a termo. Klaus e Kennell (1993) orientam que, diante da impossibilidade do contato precoce entre pai/mãe e bebê, os pais devem ser apoiados e orientados quanto às suas condições de estabelecerem o vínculo com o seu bebê posteriormente, mesmo que isso lhes exija mais tempo e esforço.

Essas considerações são oportunas ao considerarmos o nascimento de um recém-nascido prematuro e/ou doente, quando é necessária a hospitalização e,

conseqüentemente, a separação precoce entre mãe e filho. Nesse contexto, tanto as instituições quanto os profissionais de saúde devem buscar práticas de assistência que favoreçam a formação e o estabelecimento de uma relação sólida entre mãe e filho.

Nas unidades de tratamento intensivo, as pesquisas sobre o apego entre mãe-filho tiveram início na década de 70 quando os profissionais que trabalhavam nessas unidades observaram que, apesar dos esforços para salvar a vida dos bebês prematuros, alguns voltavam para as unidades de pronto-socorro vítimas de espancamento pelos próprios pais. O estudo cuidadoso desse fenômeno revelou que crianças prematuras ou com hospitalização precoce, freqüentemente, apresentavam história de espancamento ou dificuldade no desenvolvimento, mesmo sem causa orgânica (KLAUS; KENNEL, 1995).

Conforme citado, Brazelton (1988) considera que o estabelecimento do vínculo dá-se em um processo contínuo; assim, o nascimento de um bebê prematuro e/ou doente pode provocar a quebra nesse processo, acarretando dificuldades no relacionamento de pais e filhos.

O parto prematuro, geralmente ocorre de forma inesperada, privando a mulher da preparação psicológica do final da gravidez. Ela tende a sentir-se prematura como mãe, pois não se sente preparada para receber seu bebê. Segundo Maldonado (1989, p. 42), “... o parto prematuro traz uma profunda sensação de quebra da continuidade [...] É a falta, a lacuna, o incompleto”.

Muitas vezes, o parto prematuro é vivenciado pela mulher como *“um trabalho de luto pelo ideal perdido, no caminho de adaptação a uma realidade com muitas frustrações”* (MALDONADO, 1989, p.41).

Para Brazelton (1988), a reação de luto manifestada pelos pais é inevitável e se deve ao sentimento de perda do bebê que esperavam e por se responsabilizarem pelas condições de saúde do bebê. Nas situações em que o recém-nascido corre risco de morte, o desenvolvimento do vínculo encontra-se comprometido, pois os pais sentem medo de estabelecer uma ligação afetiva com seu filho e ele não sobreviver (MALDONADO, 1989; MALDONADO, DICKTEIN, NAHOUM, 1996).

Lamy (1995) e Gomes (1992), ao estudarem as situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal, constataram que a fragilidade e a insegurança vivenciadas pelos pais, adicionadas ao sentimento de culpa por se responsabilizarem pelas necessidades de saúde do filho, ocasionava neles um grande estresse psicológico, especialmente na mãe. A internação mostrou-se como um processo conflituoso e doloroso para os pais.

Além disso, as mulheres vivenciam o sentimento de incompetência e frustração por não ter dado à luz um bebê saudável (MALDONADO, 1989).

A necessidade de recursos terapêuticos de alta complexidade bem como o uso de uma terminologia, muitas vezes incompreensível para os não-profissionais da

saúde, transporta a mãe para um ambiente até então desconhecido e assustador, mas aceito por ela porque é necessário à manutenção da vida de seu filho (GOMES, 1996). Essas são algumas características que tornam a UTIN um ambiente altamente estressante.

Para os pais, a UTIN apresenta o significado de vida e segurança por oferecer os recursos necessários para manter o filho vivo, mas, ao mesmo tempo, suscita sentimentos negativos, tais como: medo e desespero devido à impotência diante do sofrimento do filho (LAMY, 1995).

O ambiente de uma UTIN, com muitos aparelhos e muitos profissionais, aliado aos riscos aos quais o recém-nascido está exposto, não favorece o contato entre mãe e filho, sendo um momento difícil e angustiante para os pais. Segundo Maldonado (1989), muitas mães têm medo de tocar e acariciar seu filho dentro da incubadora e fazer-lhe algum mal. Esse medo pode ser ocasionado pela falta de confiança da própria mãe em sua capacidade de cuidar do filho, uma vez que sua auto-estima encontra-se afetada.

Pelo exposto, a internação do recém-nascido em uma UTIN dificulta a proximidade entre mãe e filho, apresentando-se como uma situação que compromete o desenvolvimento do apego. Esses aspectos apontam para a necessidade de intervenções favorecedoras da interação da mãe com o recém-nascido internado na UTIN. Nessa perspectiva, Tamez e Silva (1999) orientam a mostrar o bebê aos pais, após o nascimento, antes de transferi-lo para a UTIN; explicar aos pais sobre os

equipamentos utilizados no cuidado do recém-nascido e informar sobre suas condições clínicas; procurar dirigir a atenção dos pais para o filho, e não para os equipamentos; incentivar os pais a tocarem o filho; incentivar e favorecer o contato pele a pele assim que o recém-nascido esteja estável; incentivar o aleitamento materno e promover o envolvimento e o aprendizado dos pais no cuidado do filho.

A compreensão das repercussões da separação precoce entre mãe-filho, para o desenvolvimento físico e emocional do bebê bem como para a saúde mental materna, evidencia a importância de os profissionais de saúde, que atendem à díade mãe-bebê, desenvolverem ações favorecedoras do desenvolvimento do apego, onde atender às necessidades emocionais do recém-nascido e de sua mãe seja tão importante quanto atender às necessidades físicas. Considero que oferecer condições para a mãe permanecer em período integral junto ao filho, orientá-la e estimulá-la a tocar seu bebê, facilitar o seu acesso na UTIN, orientá-la quanto às condições de saúde do bebê e incluí-la no processo de cuidado são ações que favorecem o estabelecimento e a continuidade do vínculo entre mãe e filho.

2.2 A humanização da assistência ao recém-nascido no contexto da Política Nacional de Humanização

A temática da humanização, apesar de só agora ocupar um lugar de destaque na construção das práticas de saúde no Brasil, já era debatida há mais de 40 anos. A revisão bibliográfica realizada por Casate e Corrêa (2005), evidencia uma produção científica sobre humanização, especialmente da enfermagem, desde os fins da

década de 50. A análise e a síntese integrativa dos artigos revelaram que os principais sentidos atribuídos à humanização do atendimento vão desde uma perspectiva caritativa, messiânica de “doar-se ao próximo”, até a integração, a partir dos anos 90, do discurso dos direitos do cidadão ao acesso a uma atenção de qualidade inserida em um projeto político de saúde.

Assim, essas reflexões que estavam limitadas a questionamentos internos ao campo da saúde e à prática de seus profissionais são incorporadas a um conjunto de diretrizes que constituirão os diversos programas de saúde.

A ampla utilização do termo humanização no âmbito da saúde, remete-nos ao seguinte questionamento: qual o significado de humanizar considerando-se que a produção do cuidado de saúde dá-se a partir de uma relação essencialmente humana?

Ayres (2005) propõe uma discussão sobre humanização que escape à restrição dos conteúdos estritamente tecnocientíficos das práticas de saúde. O autor defende a humanização como um valor, aponta para a dimensão em que o Cuidar da saúde dá-se a partir do estabelecimento de interações intersubjetivas e por meio de um diálogo, o mais simétrico possível, entre profissionais de saúde e usuários, permitindo uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual de seus valores e verdades.

Minayo et al (2004), orientada por leitura filosófica das correntes humanistas, permite situar a proposta de humanização no setor saúde a partir dos seguintes aspectos: reconhecimento da humanidade do outro, de sua capacidade de pensar, de interagir, de ter lógica e de expressar sua intencionalidade; o processo de humanização transcende os esquemas funcionalistas e mecanicistas que freqüentemente racionalizam a sua implantação; reconhecimento de que o modelo médico é marcado pela hegemonia do positivismo e pelas teorias mecanicistas, tratando o doente como um corpo dotado apenas de um dispositivo bioquímico e funcional.

As análises de Ayres (2005) e Minayo et al (2004) permitem reconhecer que o Cuidar em uma perspectiva humanizada implica em uma mudança nos valores e nos atos e desafia a buscar alternativas para equacionar as necessidades, interesses e desejos de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde.

Deslandes (2004) identificou, nos documentos veiculados pelo Ministério da Saúde, sentidos da noção de humanização, tais como: oposição à violência contra os usuários dos serviços de saúde; qualidade da assistência, associando excelência técnica à capacidade de acolhimento e resposta; cuidado com as condições de trabalho dos profissionais e ampliação da capacidade de comunicação entre usuários, profissionais de saúde e serviços.

Para a autora a humanização representa um conjunto de iniciativas que visam qualificar as formas de assistência que valorizam a qualidade do cuidado do ponto

de vista técnico, associadas ao reconhecimento dos direitos do usuário, de sua subjetividade e de suas referências culturais, implicando ainda na valorização do profissional e na satisfação dos profissionais de saúde e usuários.

Esse conjunto de iniciativas influencia a formulação de políticas no campo da humanização como a portaria do Ministério da Saúde que define o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2000). O PNHAH foi idealizado com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento à saúde sendo que, posteriormente, transformou-se em uma política de assistência: Política Nacional de Humanização (PNH). (BRASIL, 2004).

Segundo Benevides e Passos (2005, p.562), *“como política a humanização deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS”*.

Foram definidos como princípios norteadores da PNH

- valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios quilombolas ribeirinhos, assentados, etc.);
- fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL; 2004, p.15).

Nessa perspectiva, são estimulados o protagonismo dos atores do sistema de saúde e a criação de espaços de construção e troca de saberes, bem como um olhar ampliado sobre a produção do cuidado em saúde (DESLANDES, 2004).

No corpo do documento do PNH, as propostas de humanização dão ênfase à importância das interações estabelecidas entre profissionais e usuários nos serviços de saúde e à integralidade da assistência (BRASIL, 2004).

Mas para que se efetivem as propostas de humanização, há que se considerar a utilização das tecnologias conforme proposto por Merhy et al (1997). Para esse autor, na produção do cuidado, faz-se necessária uma combinação de *tecnologias leves*, *leve-duras* e *duras*. As tecnologias *duras* referem-se àquelas onde há trabalho morto já realizado e incorporado, como nos equipamentos, protocolos e rotinas; as tecnologias *leve-duras* são aquelas onde há possibilidade de novas incorporações de saberes, guardando, portanto, um núcleo mais duro e outro com potência de ser re-significado, sendo exemplo os saberes da clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia. E as tecnologias *leves* seriam aquelas intensamente presentes nas relações que se estabelecem no contato do trabalhador com o usuário ou com os demais trabalhadores, e que se traduzem na escuta, no vínculo, nas possibilidades de intervenção que se fazem presentes na relação entre as pessoas.

A PNH apresenta ainda propostas técnicas específicas como o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru.

O Método Canguru, conforme é apresentado em suas diretrizes, amplia seu foco para a internação do bebê e para as situações de risco que dificultam o desenvolvimento e a relação mãe-filho, sendo considerada uma estratégia de assistência que não se limita ao conhecimento técnico científico (LAMY et al, 2005). Essa estratégia baseia-se no acolhimento do bebê e de sua família; no respeito às individualidades; na promoção do contato pele a pele o mais precoce possível e no envolvimento da mãe nos cuidados do bebê (LAMY, 2003).

A partir da Conferência Nacional sobre o Método Canguru de Assistência ao Prematuro, realizada em março de 1999, essa metodologia foi amplamente divulgada no Brasil. Em decorrência da Conferência, foi elaborada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p.18)

O Método Canguru é um tipo de assistência Neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido.

Tendo como referência a Norma que regulamenta a realização do Método Canguru, pode-se considerar que o Alojamento Materno facilita o cumprimento da mesma, criando um espaço para a identificação e o atendimento das necessidades de

saúde do recém-nascido e sua mãe/família. A partir das discussões estabelecidas por Stotz (1991) *apud* Pinheiro e Matos (1991) as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, mas elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual.

Para Scochi (2000), na perspectiva da integralidade e da humanização da assistência, as práticas neonatais que dificultam o relacionamento entre o bebê e seus pais dão lugar àquelas que se preocupam em atender as necessidades psicobiológicas e sociais da criança e da família. O modelo fundamentado na lógica mecanicista cuja finalidade é a manutenção e a recuperação das condições fisiológicas do bebê é substituído por um modelo fundamentado no processo saúde-doença-cuidado que enfatiza a assistência integral, humanizada e preventiva.

A PNH é uma proposta fundamentada na valorização do protagonismo dos usuários e profissionais de saúde, no respeito à diferença e na centralidade do diálogo. Contudo, as diretrizes dessa política devem estar verdadeiramente articuladas com um Cuidar que não diz respeito somente às tecnologias e saberes limitados ao processo de saúde-doença, mas na perspectiva de uma construção dialógica que permita o estabelecimento de vínculos bem como a responsabilização compartilhada. Assim, o Cuidar dá-se na perspectiva do encontro entre profissionais de saúde e usuários, deslocando-se o “*o foco da intervenção das práticas de saúde, da cura das patologias para o cuidado dos sujeitos doentes*” (LACERDA; VALLA; 2004, p. 95).

O tratamento altamente especializado oferecido ao recém-nascido na UTIN, com predomínio das tecnologias duras, constitui um desafio à construção de um modelo assistencial humanizado. Frente a esse desafio, considero relevante repensar as ações de saúde desenvolvidas na UTIN, com vistas a aliar a alta tecnologia de saberes, procedimentos e equipamentos ao acolhimento e respeito às individualidades do recém-nascido e sua família.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar os significados atribuídos pelas mulheres-mães de recém-nascidos internados em UTIN sobre sua permanência no Alojamento Materno do Hospital Sofia Feldman.

3.2 Objetivos específicos

- Apreender o sentimento das mulheres-mães de recém-nascidos internados em UTIN quanto a sua permanência no Alojamento Materno do Hospital Sofia Feldman.
- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores da permanência da mulher-mãe no Alojamento Materno do Hospital Sofia Feldman
- Identificar as estratégias criadas pelas mulheres-mães de recém-nascidos internados em UTIN para permanecer no Alojamento Materno do Hospital Sofia Feldman.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Referencial teórico

A metodologia constitui-se do caminho e do instrumental próprios de abordagem da realidade, incluindo as concepções teóricas, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e o potencial criativo do pesquisador (Minayo, 2002). Neste estudo optou-se pela abordagem qualitativa considerando-a um método capaz de promover uma aproximação do pesquisador com o fenômeno estudado, possibilitando uma melhor compreensão da realidade subjetiva.

Segundo Ludke e André (1986, p.18) a pesquisa qualitativa “se desenvolve numa situação natural, é rica em descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada”. De acordo com Minayo (1999), essa metodologia é capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa possibilitou apreender, dos discursos das mulheres-mães, os aspectos explícitos e implícitos, buscando as imagens e os conteúdos simbólicos que interferem diretamente na interpretação da realidade e nas condutas adotadas.

A opção pelo referencial teórico da dialética deve-se não só pela minha visão de mundo, mas também ao fato de ser uma abordagem que permite desvelar uma

realidade na qual já estou inserida e com cuja transformação já estou comprometida.

A concepção de mundo é considerada por Fonseca (1994, p.4) como *“um sistema de pontos de vista da realidade que permite ao homem elaborar uma atitude em relação a esta realidade”*.

Para Demo (1995) a dialética parte do pressuposto de que toda formação social é suficientemente contraditória para ser historicamente superável. Entende-se por formação social a realidade que se forma processualmente na história, seja ela mais ou menos organizada ou institucionalizada, macro ou micro sociológica. Está sempre em transição, o que supõe uma visão intrinsecamente dinâmica da realidade social, no sentido da produtividade histórica. A dialética baseia-se na historicidade e só o ser humano é propriamente histórico.

Pelo exposto, ao tomar como objeto da pesquisa a permanência da mulher-mãe no Alojamento Materno, busquei apreender as contradições da realidade vivida por elas no decorrer de sua permanência no Alojamento Materno. Partiu-se do princípio de que as mulheres-mães são seres humanos que existem em um determinado tempo e espaço, estabelecem relações dinâmicas entre si e estão inseridas em uma realidade social que se encontra em contínua transformação, permitindo a construção de novas realidades.

4.2 Cenário do Estudo

Este estudo foi realizado na Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman (FAIS/HSF), uma instituição filantrópica, localizada no Distrito Sanitário Norte, na periferia de Belo Horizonte. O hospital é especializado na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, atendendo exclusivamente a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2005, a maternidade assistiu em média 550 partos /mês, sendo que, desses, 11,5% dos recém-nascidos eram de baixo peso (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2005).

O Hospital tem definida como sua missão

desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar, com qualidade, resolutividade, acolhedores e vinculantes, de forma universal, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 1998).

A implantação da humanização da assistência aos usuários, como filosofia de trabalho na instituição, iniciou-se com sua inauguração em 1982, por meio da implementação do controle social, com a participação de lideranças comunitárias, gestores dos serviços públicos de saúde, conselhos de saúde, voluntários e trabalhadores.

A equipe assistencial é composta por enfermeiros neonatólogos e obstetras, médicos obstetras, neonatólogos, pediatras e anesthesiologistas. Conta ainda com a atuação de psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, cirurgião pediatra, oftalmologista, neurologista neonatal e profissionais de nível médio.

A qualidade da assistência hospitalar, em especial a assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal e ao recém-nascido, tem sido exaustivamente questionada no cotidiano da assistência à saúde na instituição. Nessa perspectiva, discute-se a mudança de seu modelo de gestão, tendo como referência os conceitos e o modelo de Linhas de Cuidado preconizadas por Cecílio e Merhy (2003), para a organização do trabalho hospitalar. Nesse novo modelo, a integralidade do cuidado é obtida quando o foco da atenção é o usuário. O “sistema de saúde” funciona na forma de uma rede de serviços que é acionada conforme as necessidades de cada indivíduo. A “linha de cuidado” atravessa inúmeros serviços de saúde e o hospital é tido como uma “estação” desse circuito, sendo um componente fundamental para a integralidade do cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O modelo de Linhas de Cuidado demanda a participação de diversos atores envolvidos no processo assistencial. Além disso, esse modelo favorece uma organização do trabalho que não tenha a lógica econômico-centrada em detrimento do trabalhador, que respeite o auto-governo de todos que atuam na instituição; que seja democrático, responsabilizador e que permita um caminhar construtivista, solidário e humano.

A idealização do Alojamento Materno, em consonância com a filosofia institucional e atendendo a uma política pública, surge no bojo da estruturação da assistência a recém-nascidos de risco na Instituição. Em julho de 2000, foi inaugurada, por meio de um convênio com o Hospital Municipal Odilon Behrens, uma unidade neonatal destinada a cuidados intermediários (UCIN), com 10 leitos. Em 2001, foram acrescentados 12 leitos de UTIN e, atualmente, são 31 leitos de UTIN, 18 de UCIN, e 8 leitos de Cuidado Mãe Canguru. O aumento no número de leitos tem resultado em importante participação da instituição no cenário da assistência ao recém-nascido de risco na cidade de Belo Horizonte. Em 2004, das nove maternidades que prestam assistência pelo SUS, em convênio com a Prefeitura Municipal, o hospital foi o maior responsável pela assistência a recém-nascidos de baixo peso ao nascer, atendendo a um total de 19% dessa população. Além disso, nesse mesmo período, foi responsável pela assistência de 18% dos partos ocorridos em prematuros (BRASIL, 2006).

Concomitante ao aumento dos leitos neonatais, a instituição buscou facilitar e estimular a permanência da mãe junto a seu filho, mesmo ele estando sob cuidados intensivos. Assim, em resposta à filosofia assistencial, iniciou-se a estruturação do Alojamento Materno, em 2002, destinado à permanência dessas mães. Essa Unidade possui 19 leitos, possibilitando às mães condições de repouso, alimentação e acompanhamento pela equipe multiprofissional.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram as mulheres-mães que permaneceram no Alojamento Materno durante a internação do filho na UTIN durante a coleta de dados, que compreendeu o período de 26 de outubro a 17 de novembro de 2005.

É relevante esclarecer que, durante esse período, ingressaram no Alojamento Materno 35 mulheres, todas foram incluídas na observação participante e receberam o diário de campo, enquanto que a participação das mães nos grupos focais foi definida pela aplicação de critérios de inclusão. A inclusão no primeiro grupo focal teve como critérios estar no Alojamento Materno há, no mínimo, três dias e desejar participar do grupo focal e, no segundo grupo focal, foram considerados os mesmos critérios do grupo anterior e ainda o não ter participado do primeiro.

4.4 Aspectos éticos

O projeto foi avaliado e aprovado pela Câmara do Departamento de Pediatria e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG). (ANEXO A).

Foi solicitada à Linha de Ensino e Pesquisa do HSF uma declaração para realização da pesquisa, sendo concedida a autorização para a sua implementação no âmbito do Hospital. (ANEXO B)

Atendendo à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foi emitida uma carta informando às participantes sobre o tema e o objetivo do estudo, assegurando que as informações seriam tratadas anônima e sigilosamente e serviriam apenas para fins técnico-científicos. Foi solicitada a autorização para uso do gravador, da máquina fotográfica, da filmadora e do diário de campo da participante (ANEXO C). Cada participante assinou um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO D) de sua participação, sendo que, para as menores de 18 anos, o documento foi assinado também pelo responsável. O documento contém o nome, o endereço e o telefone da pesquisadora além do telefone do COEP/UFMG. Esse procedimento teve lugar sempre que uma das participantes ingressava no Alojamento Materno.

Para assegurar o anonimato, os nomes das participantes, dos profissionais e das instituições foram substituídos por nomes fictícios.

4.5 Coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizado um estudo piloto que possibilitou inserir-me no cenário e interagir com as participantes do estudo como pesquisadora e não, apenas, como terapeuta ocupacional da instituição, bem como adequar os instrumentos e fazer as modificações necessárias.

A coleta de dados iniciou-se em 26/10 e encerrou no dia 17/11/2005. A inclusão das participantes na pesquisa ocorreu até que fosse delineado o quadro empírico da pesquisa, sendo interrompida quando foi verificada a saturação com repetição e ausência de dados novos, segundo orientações de Minayo (1999).

Neste estudo, utilizaram-se três instrumentos de coleta de dados concomitantes: a observação participante, o diário de campo e o grupo focal.

Os dados referentes ao perfil sociodemográfico foram coletados por meio de fonte secundária.

4.5.1 Observação Participante

Na observação participante estive imersa no cenário eleito, por um período de tempo, possibilitando-me estabelecer um contato pessoal e estreito com o fenômeno pesquisado, apoiada no que diz Lüdke e André (1986). O uso desse instrumento permitiu-me interagir por longos períodos com as participantes, partilhando com elas o seu cotidiano na instituição para conhecer o significado daquela situação.

A observação participante foi utilizada durante todo o procedimento de coleta de dados e incluiu todas as mães que se encontravam no Alojamento Materno no período.

No estudo piloto, observei que as mulheres-mães circulavam de uma forma bastante dinâmica pelo hospital, o que orientou a construção de um mapa da instituição para registrar esse deslocamento. Do mapa constam os ambientes pelos quais a mulher-mãe circulava (ANEXO E): UTIN, sala de coleta de leite materno, banheiro, refeitório, Alojamento Materno, sala de leitura, telefone público e área externa do hospital. Para as anotações no mapa foram utilizadas canetas coloridas, atribuindo a cada mulher uma cor, o que possibilitou visualizar o seu deslocamento na instituição bem como os períodos e ambientes em que ocorria maior confluência de mulheres-mães.

A observação foi realizada em todos os ambientes descritos no mapa e durante vários momentos incluindo-se os que não contavam com atividades pré-estabelecidas e aqueles com atividades programadas como: atendimentos realizados pela equipe multiprofissional, horário das refeições e da dieta dos bebês. Foram também considerados os diferentes períodos do dia e os finais de semana.

A observação participante e o seu registro foram norteados a partir dos seguintes aspectos:

- Caracterização do cenário
- Como ocorre a interação entre as mulheres/mães e entre essas e os demais atores?
- O que facilita e o que dificulta as interações nesse espaço?
- Qual o sentimento do pesquisador durante a observação?

O registro da observação foi feito no diário de campo.

4.5.2 Diário de campo

O diário de campo foi o instrumento utilizado como forma de organizar e manter arquivada a experiência vivenciada durante o trabalho de campo. Neste estudo foi utilizado o diário de campo da pesquisadora e o da participante, que se constituíram em instrumentos fundamentais para o trabalho.

4.5.2.1 Diário de campo da pesquisadora

O diário de campo da pesquisadora consta de um caderno pautado e paginado, destinado ao registro das informações obtidas por meio da observação participante e do grupo focal, bem como meus sentimentos, idéias e percepções durante o estudo.

As anotações no diário de campo seguiram as orientações de Mayan (2001), sendo constituídas por relatos descritivos onde foram registrados objetivamente os acontecimentos observados no cenário do estudo e os sentimentos da pesquisadora. Posteriormente, na análise dos dados, as anotações possibilitaram-me nova apreensão dos momentos vivenciados na coleta de dados.

Os registros no diário iniciaram-se com a inserção da pesquisadora no campo e terminaram com a conclusão do relatório final. Foram realizados imediatamente após as observações, indicando a data, a hora, o local e o período de observação, como recomenda Lüdke e André (1986)

4.5.2.2 Diário de campo da participante

O diário de campo da participante consta de um caderno pautado e paginado, sendo que, da primeira página, consta a seguinte orientação: *“Esse caderno é para você registrar as atividades que realiza a cada dia, seus sentimentos, e o que mais desejar durante sua permanência no Alojamento Materno”* (FIGURA 1 e 2).



FIGURA 1 e 2: Diário de campo da participante

O diário de campo foi entregue por mim a cada mulher, quando esta ingressava no Alojamento Materno. Naquele momento a participante era orientada quanto à utilização do diário e à não-obrigatoriedade em aderir ao uso do mesmo. É importante ressaltar que todas as participantes são alfabetizadas, facilitando os registros no diário.

Para realizar o registro no diário cada participante recebeu uma caneta esferográfica e foi disponibilizada, no Alojamento Materno, uma caixa contendo caneta hidrocor.

O diário era recolhido no momento em que a mulher optava por não permanecer no Alojamento Materno ou quando seu bebê recebia alta da UTIN. Apenas dois diários foram recolhidos antes da alta uma vez que se tratavam de crianças com sérios

comprometimentos neurológicos, dependentes de oxigênio e sem previsão de alta da UTIN. Nesse caso, os diários foram recolhidos no dia da alta do filho da última participante da pesquisa. Ao recolher o diário, a pesquisadora fazia uma cópia e o mesmo era devolvido à participante.

4.5.3 Grupo focal

O grupo focal foi utilizado por se tratar de uma técnica que privilegia a comunicação e ser apropriado a pesquisas qualitativas permitindo explorar um “foco”, ou seja, um ponto em especial. Essa técnica tem sido largamente utilizada nas áreas de Antropologia, Ciências Sociais, Mercadologia e Educação em Saúde.

Segundo Morgan (1988), a interação grupal possibilita a coleta de dados sobre determinado tópico selecionado pelo pesquisador. Cabe enfatizar que o interesse do pesquisador orientou o foco mas os dados foram trazidos pela interação grupal.

Durante a realização dos grupos focais, observei que a interação grupal favoreceu a desinibição e a participação das integrantes do grupo possibilitando à pesquisadora captar a realidade vivida pelas participantes assim como seus sentimentos, atitudes, idéias e informações não-verbais a respeito do tema abordado, como foi descrito por Sena e Duarte (1999).

Nesse sentido, a energia gerada pelo grupo resultou em maior diversidade e profundidade de respostas considerando-se que o esforço combinado do grupo produziu mais informações e com maior riqueza de detalhes, ultrapassando a soma das partes individuais segundo a orientação de Johnson (1994).

A inclusão das participantes do grupo focal seguiu as orientações de Dall’Agnol e Ciampone (1999). Cada grupo foi composto por 08 participantes, sendo que todas vivenciavam a situação de permanecer no Alojamento Materno durante a internação do seu bebê na UTIN. Foi realizado um encontro com cada grupo baseando-se na abrangência do tema e no critério de saturação dos dados.

Quanto ao tempo, foi considerada a duração de 1 hora e trinta minutos para cada encontro, segundo a orientação de Westphal, Bógus e Faria (1996).

Neste trabalho fui a moderadora dos grupos focais e a observadora escolhida foi uma integrante do Núcleo de Pesquisa e Estudo sobre o Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) da Escola de Enfermagem da UFMG, com experiência em conduzir grupos focais.

Durante a realização dos grupos coube à moderadora criar um ambiente que favorecesse o surgimento de diferentes percepções e pontos de vista, assim como garantir, por meio de uma intervenção discreta e firme, que o grupo discutisse os tópicos de interesse do estudo. A observadora fez o registro das expressões verbais

e não-verbais, das condições do ambiente, dos momentos de tensão e descontração, das interrupções e da duração do grupo além de controlar os equipamentos de áudio.

O conhecimento do objeto de estudo, por parte da moderadora e da observadora, foi importante uma vez que a familiaridade do moderador com os entrevistados favorece para que não ocorra uma objetivação de aspectos subjetivos e a comunicação (verbal e não-verbal) ocorra de forma adequada (BOURDIEU, 1998).

O primeiro grupo focal teve como critério de inclusão das participantes a permanência no Alojamento Materno por um período mínimo de três dias. O segundo grupo considerou o mesmo critério do grupo anterior e não incluiu as participantes do primeiro grupo. Em ambos os grupos buscou-se garantir a diversidade das participantes considerando-se: idade, procedência (interior, grande Belo Horizonte ou Belo Horizonte), número de gestações e tempo de permanência no Alojamento Materno.

As sessões foram realizadas em uma sala de reuniões do Hospital Sofia Feldman. Esse espaço garantiu às participantes privacidade e um ambiente não-constrangedor. As cadeiras foram dispostas em círculo facilitando o contato visual entre as participantes.

No início do encontro as participantes da pesquisa foram informadas dos objetivos do estudo, do uso do gravador e da câmera fotográfica bem como da garantia de anonimato. As sessões foram realizadas e gravadas com o consentimento de todas.

Em seguida, cada uma de nós explicou suas atribuições. A observadora esclareceu que não teria participação verbal durante a discussão e que permaneceria com a tarefa de registrar os movimentos importantes do grupo e os fatos relativos ao ambiente. Ao final da discussão, apresentaria uma síntese do que foi exposto e discutido para o grupo.

Para iniciar os grupos focais foi realizada uma dinâmica intitulada “Caixa de Objetos” com o objetivo de sensibilizar e descontrair o grupo. Apresentei às participantes uma caixa contendo diversos objetos (batom, tesoura, linha, agulha, pente, flores, bule de café, anjo, CD, esmalte, régua, uma miniatura de uma casa e uma igreja, caneta e relógio) e pedi que cada uma escolhesse um objeto. Em seguida solicitei que falassem sobre o objeto escolhido. O conteúdo dos relatos estava associado ao momento vivenciado pelas participantes e forneceu dados que enriqueceram a pesquisa, além de favorecer a interação e descontração do grupo.

As discussões foram norteadas pela seguinte pergunta: **Como é para você permanecer no Alojamento Materno?**

Fiz a pergunta verbalmente e, em seguida, por escrito em um quadro. Além da pergunta central tive como questões norteadoras:

- Fatores considerados facilitadores e dificultadores para a permanência da mulher-mãe no Alojamento Materno.
- Estratégias criadas pela mulher-mãe para permanecer no Alojamento Materno.

Como última atividade do grupo focal a observadora apresentou uma síntese do que foi discutido possibilitando um espaço para esclarecimentos ou revisão de posições, seguindo as orientações de Morgan (1988) para quem esse procedimento contribui para o aumento da validade da entrevista grupal.

Foi utilizado o diário de campo para o registro do grupo focal pela pesquisadora e pela observadora.

4.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados foram sistematizados e analisados conforme a técnica de análise de conteúdos proposta por Bardin (1977, p.42), que é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência

de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para a análise de conteúdo foram levantadas as várias técnicas que são utilizadas de acordo com a necessidade de trabalhar determinados aspectos do texto, que compreendem: Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise da Enunciação.

Neste estudo foi utilizada a análise temática que, de acordo com Bardin (1977, p.105), é uma técnica que *“consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, freqüência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.”*

Ainda de acordo com a autora, essa técnica não considera a dinâmica e a organização mas a freqüência dos temas extraídos do conjunto de discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis. O tema, que se liberta naturalmente do texto analisado, corresponde à unidade de significação e pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados ou em proposições portadoras de significações isoláveis. (BARDIN, 1977).

As fitas referentes aos grupos focais foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, assim como foi digitado o conteúdo dos diários de campo. Na transcrição dos relatos foram anotados os silêncios e os aspectos emocionais, tais como riso, choro, etc., como também utilizada a seguinte padronização: ... pausa na fala, (...) recorte nos relatos, () observações complementares contendo conteúdos e comportamentos não verbais para contextualizar os relatos. (BARDIN, 1977) Foram

utilizadas as seguintes siglas de identificação dos dados empíricos: GF (dados referentes aos grupos focais) e DP (dados do diário de campo da participante).

A análise dos dados foi realizada, primeiramente, com o material obtido nos grupos focais. Os dados do diário de campo foram organizados respeitando-se as categorias e subcategorias que emergiram do discurso dos grupos focais. Assim, os dados obtidos foram organizados em dois corpos de análise, considerando-se os que resultaram dos grupos focais e os que resultaram dos diários de campo da participante e da pesquisadora. Para a interpretação dos dados os discursos dos dois corpos de análise foram utilizados concomitantemente.

Para a análise dos dados obtidos do grupo focal e do diário de campo foram adotadas as orientações de Bardin (1977), considerando-se as três etapas de análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo-se a inferência e a interpretação.

A *pré-análise* consistiu na leitura do material obtido e na organização do mesmo para definição das unidades de registro e de contexto, trechos significativos e categoria. Essa fase permitiu à pesquisadora ter contato com o texto, deixando-se invadir por impressões e percepções. Esse procedimento é chamado por Bardin

(1977) de leitura flutuante que se vai tornando mais precisa em função das hipóteses emergentes e da projeção de teorias adaptadas sobre o material.

A *exploração do material* foi feita por meio de leitura exaustiva, codificação e transformação do mesmo em núcleos de compreensão. No decorrer da leitura, algumas palavras e frases sobressaíram, denotando como as participantes percebiam a realidade. Foi necessário repetir exaustivamente esse procedimento a fim de se encontrarem os núcleos temáticos comuns que se foram constituindo a partir do agrupamento, por semelhanças de sentido.

Os dados foram agrupados por temas, possibilitando a formulação de categorias. Segundo Minayo (1999, p.70), "*categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si*".

Nesse contexto, destacam-se as categorias empíricas. Por categoria empírica compreende-se

aquela construída com finalidade operacional visando o trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo. Ela tem a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica (MINAYO, 1999; p. 94).

Assim, a desconstrução e a reconstrução dos discursos permitiram que emergissem duas categorias empíricas e suas respectivas subcategorias, conforme apresentado no QUADRO 1.

QUADRO 1
CATEGORIAS E SUB-CATEGORIAS EMPÍRICAS

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA
A condição de mulher-mãe com um filho recém-nascido internado na UTIN: sentimentos vivenciados	<ul style="list-style-type: none">• A culpa• A incerteza e o medo de perder o filho• A fé e a religiosidade• O poder do recém-nascido
A permanência no Alojamento Materno	<ul style="list-style-type: none">• A vivência do espaço hospitalar• A convivência entre as mulheres-mães• As demandas da mulher e da família• O apoio recebido• A descoberta de novos sentidos• Compromisso, participação e aprendizado no cuidado com o filho

Duas pesquisadoras, indicadas pela orientadora e com domínio dessa técnica de análise, fizeram a identificação das frases temáticas contidas nos grupos focais, havendo convergência entre os temas identificados por mim. Esse processo permitiu a validação da apreensão do conteúdo expresso pelas participantes.

No relatório final deste estudo, serão articuladas as categorias empíricas obtidas por meio dos dados coletados com o referencial teórico.

5 QUEM SÃO AS MULHERES-MÃES QUE PERMANECEM NO ALOJAMENTO MATERNO?

Partindo do princípio de que o homem e a mulher são seres ativos que constroem historicamente sua vida social e sua própria essência por meio de sua atividade produtiva e das relações que se estabelecem nessa práxis (GONÇALVES, 2000), busquei conhecer parte da realidade social na qual as mulheres/mães estão inseridas. Essa realidade, criada e recriada por elas, também age sobre elas, construindo a sua essência histórica.

Os dados representativos do perfil sociodemográfico das 35 mulheres estão apresentados no Quadro 2.

QUADRO 2
Perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa. Belo Horizonte, 2005

Mulher/mãe (nome fictício)	Idade (anos)	No. De filhos	Escolaridade (série)	Ocupação	Situação marital	Com quem reside	Procedência
Carla	18	01	2 ^o . ano do ensino médio	Do lar	União consensual	Mãe e 2 irmãos	Interior
Cláudia	24	02	ensino médio completo	Educadora	Casada	Companheiro e 1 filho	B.H.
Clarice	38	01	7 ^a . série do ensino fundamental	Babá	Solteira	Irmã	B.H.
Luana	26	01	ensino médio completo	Fiandeira	Solteira	Mãe	Interior
Clara	27	02	8 ^a . série do ensino fundamental	Cuidadora de Idosos	Solteira	Filha de 8 anos	B.H.
Sílvia	22	01	1 ^a . série do ensino fundamental	Do lar	Solteira	Tio, tia e 4 primos	B.H.
Bruna	36	02	4 ^a . série do ensino fundamental	Doméstica	Solteira	Filha de 15 anos	Interior

A vivência da mulher-mãe no alojamento materno durante a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Mulher/mãe (nome fictício))	Idade (anos)	No. De filhos	Escolaridade (série)	Ocupação	Situação marital	Com quem reside	Procedência
Camila	21	01	1 ^o . ano do ensino médio	Do lar	Solteira	Mãe, avó e 6 irmãos	Grande B.H.
Ana	21	01	2 ^o . ano do ensino médio	Do lar	União consensual	Companheiro	Grande B.H.
Soraia	22	01	ensino médio completo	Caixa	Solteira	Pai, mãe e 2 irmãos	B.H.
Marta	17	01	2 ^o . ano do ensino médio	Do lar	União consensual	Sogra, sogro, companheiro e cunhada	B.H.
Emília	27	02	1 ^o . ano do ensino médio	Do lar	Casada	Companheiro e filho	Grande B.H.
Lorena	19	01	8 ^a . série do ensino fundamental	Do lar	Casada	Companheiro, irmão e amigo	B.H.
Elza	22	02	7 ^a . série do ensino fundamental.	Do lar	União consensual	Companheiro e filho	B.H.
Raquel	26	02	ensino médio completo	Do lar	Casada	Companheiro e filho	Interior
Kátia	34	02	8 ^a . série do ensino fundamental	Do lar	Casada	Companheiro	Grande B.H.
Flora	34	01	8 ^a . série do ensino fundamental	Doméstica	Casada	Companheiro	Grande B.H.
Mara	20	04	8 ^a . série do ensino fundamental	Do lar	União consensual	Companheiro, 5 filhos e empregada	Interior
Dolores	27	02	ensino médio completo	Costureira	Solteira	Sozinha	Interior
Luciana	28	02	6 ^a . série do ensino fundamental	Passadeira	Casada	Companheiro e filha	B.H.
Fabiana	30	01	ensino médio completo	Vendedora	União consensual	Pai, mãe e irmão	Interior
Paula	22	03	ensino médio completo	Auxiliar escritório	Casada	Companheiro e 2 filhos	B.H.
Andréia	31	03	8 ^a . série do ensino fundamental	Do lar	Casada	Companheiro e filho	B.H.
Karine	25	02	8 ^a . série do ensino fundamental	Ag. de Saúde	União consensual	Companheiro e filho	B.H.
Lílian	27	04	5 ^a . série do ensino fundamental	Do lar	Casada	Companheiro e filho	B.H.

Mulher/mãe (nome fictício)	Idade (anos)	No. De filhos	Escolaridade (série)	Ocupação	Situação marital	Com quem reside	Procedência
Júlia	16	01	8 ^a série do ensino fundamental	Estudante	União consensual	Companheiro	B.H.
Júnia	32	02	ensino médio completo	Servente	Casada	Companheiro e filho	B.H.
Sandra	25	02	ensino médio completo	Vendedora	União consensual	Companheiro, filho, sogra e cunhado	B.H.
Vânia	28	06	8 ^a série do ensino fundamental	Educadora	Solteira	Filha de 3 anos em um abrigo	B.H.
Fátima	18	01	8 ^a série do ensino fundamental	Do lar	Solteira	Mãe, irmã e 2 sobrinhos	B.H.
Fernanda	18	01	ensino médio completo	Do lar	Solteira	Pai, mãe e 2 irmãos	Interior
Leila	16	01	7 ^a série do ensino fundamental	Estudante	União consensual	Companheiro	B.H.
Maria	19	03	12 ^o ano do ensino médio	Balconista	União consensual	Companheiro e 2 filhos	Grande B.H.
Dália	40	06	ensino médio completo	Manicure	Casada	Companheiro e 3 filhos	B.H.
Eva	22	03	2 ^o ano do ensino médio	Do lar	Casada	Companheiro e filho	B.H.

De acordo com os dados apresentados no Quadro II, a idade das participantes variou de 16 a 40 anos; a média de 25 anos, com desvio padrão de 6,3. Dessas, 6 eram adolescentes. Essa realidade pode ser reflexo do atendimento dispensado a essa população, já que em 2005, 18% (1234) dos partos na instituição cenário desse estudo aconteceram entre mães adolescentes. (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2005). Com relação ao estado civil, 13 são casadas, 11 são solteiras e 11 mantinham uma união consensual.

Quanto à profissão, 16 dedicam-se exclusivamente aos cuidados com a casa, 2 são estudantes, 2 são domésticas sem carteira assinada, 2 são educadoras em creche

e 2 são vendedoras em estabelecimentos comerciais. As demais desempenham atividades profissionais como costureira, balconista, babá, passadeira e fiandeira.

No que se refere à escolaridade, 11 possuíam ensino médio completo, 4 cursaram até o 2º ano do ensino médio e 10 cursaram até a 8ª série do ensino fundamental.

Quanto ao número de filhos, 15 eram primíparas e 12 tinham 2 filhos. A frequência de filhos das demais participantes oscilou entre três e seis.

Com relação às pessoas com quem residem, 21 das participantes dividem o espaço doméstico com o companheiro e com os filhos, 9 residem com familiares como mãe e irmãos, 2 com o companheiro e familiares do companheiro, 1 além do companheiro um irmão e um amigo, 1 com o filho e 1 reside sozinha. Dentre as participantes uma morava em um abrigo com a filha.

No que se refere à procedência, 21 são de Belo Horizonte, 8 do interior de Minas Gerais e 6 da Grande B.H.

6 AS EVIDÊNCIAS DO MATERIAL EMPÍRICO

Apresento, a seguir, a análise realizada a partir das categorias empíricas, em articulação com estudos realizados por outros autores. Tenho a clareza de que o conhecimento construído, a partir do recorte realizado neste estudo, é apenas aproximação, e que poderá ser reconstruído a cada nova aproximação. É um conhecimento não acabado, mas em constante transformação.

6.1 A CONDIÇÃO DE MULHER-MÃE COM FILHO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA UTIN: SENTIMENTOS VIVENCIADOS

E assim se vão os dias angustiosos, dolorosos e inesperados. (Luciana, DP)

A categoria **a condição de mulher-mãe com filho recém-nascido internado em UTIN: sentimentos vivenciados** emergiu como uma experiência marcada por sentimentos de culpa, incerteza e insegurança, tornando esta condição difícil e angustiante. Isso, ao mesmo tempo em que a fé das mulheres-mães e os sentimentos nelas despertados pelo bebê surgem como a fonte de força que lhes permite enfrentar as dificuldades advindas da internação de seu filho.

A análise dos discursos dessa categoria permitiu identificar quatro sub-categorias que possibilitam uma aproximação com as especificidades do momento vivenciado pela mulher-mãe de recém-nascido internado na UTIN: a culpa, a incerteza e o medo de perder o filho, a fé e a religiosidade e o poder do recém-nascido.

Essas quatro sub-categorias, mesmo apresentando-se bem delineadas, são intimamente relacionadas e complementares. Percebe-se que a complexidade desses sentimentos e a forma como se apresentam limita uma análise individualizada de cada sub-categoria. Portanto, na análise das sub-categorias buscarei preservar essa relação analisando as suas articulações no viver das mulheres-mães de um recém-nascido internado na UTIN. É importante ressaltar que os discursos revelam a capacidade das mulheres-mães de expressarem a nova situação que modifica o seu cotidiano.

6.1.1 A culpa

O fato de o nascimento não transcorrer como o esperado, tendo como resultado a hospitalização do recém-nascido, leva as mulheres-mães a se responsabilizarem pelas condições de nascimento do filho. Muitas vezes, elas buscam encontrar no seu modo de vida, comportamentos e atitudes durante a gravidez, uma explicação para a situação do filho recém-nascido.

Os depoimentos a seguir expressam os sentimentos das mulheres/mães, revelando o sofrimento decorrente do fato de acreditarem ser delas a culpa pela antecipação do parto e da situação de enfermidade do filho:

Eu entrava em depressão e começava a chorar aí minha pressão ia subindo, mas eu acho que a pressão subiu, talvez, não foi por esse motivo, mas eu acho que ajudou um pouco sabe... às vezes eu sinto remorso por isso, se eu tivesse ficado mais tranqüila, talvez tinha ficado bem, não tinha acontecido isso. (Luana, GF)

Bom, eu confesso que hoje não estou me sentindo bem em relação a esta situação, estou muito triste, às vezes me cobro de mim mesma por essa situação. (Luciana, DP)

Dez horas da noite ele (filho) chegou e me deu muita alegria. Até no momento achava que no outro dia já estaria em casa, foi quando descobri que ele havia tomado um pouco de líquido da placenta e estava bem cansadinho (...) e precisou ir para a UTI. Na terça-feira quando cheguei lá entrei em desespero, pois não imaginava vê-lo como ele estava. Sentia que era culpa minha por ele estar ali. (Eva, DP)

O sentimento de culpa também foi manifestado pelas entrevistadas em situações em que ocorre uma piora no quadro clínico do recém-nascido, mesmo quando a mulher-mãe tem conhecimento e reconhece a instabilidade clínica do seu filho, como pode ser evidenciado nos discursos a seguir:

é impressionante como que a gente vê as coisas diferente, igual a gente se sente culpada, igual ela falou, eu me senti culpada de ter ido em casa sábado, eu falei “nô... será que foi por minha causa que ela deu aquela recaída?” Mas aí depois eu falei assim “a não... não deve ser não...”, porque não é possível que ela sente tanto a minha falta a ponto de num conseguir mais respirar! A gente acaba pensando assim... (Cláudia, GF)

eu sei que ele (filho) pode ganhar e perder peso assim, todo dia, toda hora, mas igual, eu fui em casa esse fim de semana, ele só tava ganhando, ganhando... aí eu fui em casa esse fim de semana, aí hora que eu cheguei ele perdeu 70 gramas. Aí eu tô assim... gente, será que foi por minha causa... assim... cê sabe que ele pode perder e ganhar, mas ocê... sabe, cê se culpa, você acha assim... “não, é por minha culpa que ele perdeu, porque eu não tava aqui, toda hora eu tô aqui, eu tô conversando com ele... ele não ouviu minha voz, ele não me sentiu... então sou eu, entendeu...” . (Ana, GF)

Para Brazelton (1988), os pais não somente demonstram a reação de perda do filho idealizado como também se culpam e manifestam de maneira consciente ou não os sentimentos de responsabilidade pela situação do filho. Segundo o autor, os pais sentem-se culpados pela condição de nascimento do filho mesmo que esses sentimentos possam ser explicados ou não.

Segundo Ferraz e Chaves (1996), no caso do nascimento de bebês prematuros, praticamente todos os pais buscam formular uma justificativa para o ocorrido, relacionando o fato a alguma coisa que fizeram, mesmo sem fundamento clínico algum. Cabe enfatizar que os sentimentos de culpa interferem na capacidade dos pais de fazerem perguntas à equipe de saúde, dificultando o seu entendimento sobre a situação do filho. Nesses casos, *“a falta de informações perpetua explicações centralizadas na culpa, bem como a fantasia desses pais e, principalmente dessas mães, de que possam ser um perigo potencial para os seus filhos”* (FERRAZ; CHAVES; 1996, p.788).

Percebe-se que o sentimento de culpa manifestado pela mulher-mãe devido à situação do filho, pode levá-la a sentir-se insegura e despreparada, uma vez que sua autoconfiança encontra-se abalada. Ao se deparar com o filho hospitalizado na UTIN, a mulher-mãe percebe-o como um ser estranho e desconhecido, aumentando seu sentimento de insegurança. O discurso a seguir apresenta um diálogo estabelecido entre duas mulheres-mães e revela a insegurança vivenciada por uma delas, assim como a dificuldade de sentir e reconhecer o recém-nascido como o seu filho:

é porque você tá aqui recente, você ainda não aprendeu a conhecer seu filho, tem pouco tempo que você tá aqui, eu te digo isso por experiência, quando eu cheguei aqui, uma semana, duas semanas, eu ficava imaginando a mesma coisa, na hora que você passar a ficar mais próximo dele, a conhecer ele, você vai sentir segurança. A hora que você pegar ele pela primeira vez no seu colo, você falar assim “eu posso pegar meu filho”, você sentir “eu sou mãe”, esse sentimento... Você tá insegura pelo que você passou, assim como todas nós aqui, cada uma tem uma situação pra contar. Mas não, você vai ver que hora que você aprender a conhecer o seu filho, cada respiração, cada gestinho dele, cada piscadinha de olhar dele, cada jogadinha dele assim de perninha, aquilo ali, você vai ter uma confiança nele. O importante de tudo é confiar e acreditar nele, e em você também, se você não tiver essa confiança nele, ele num vai ter. (Fabiana,GF)

Foi observado por Lamego, Deslandes e Moreira (2005) que as situações de medo e insegurança vivenciadas pelos pais diante da experiência de hospitalização do filho podem causar, nos pais, uma dificuldade em se comunicar com a equipe, agravando o temor de tocar no bebê.

Para Klaus, Kennell e Klaus (2000), a mãe que tem condições de enfrentar as dificuldades do seu bebê, de falar sobre elas e expressar seus sentimentos de culpa, lida mais facilmente com a situação de hospitalização do filho o que facilita a sua aproximação com ele.

Reconhecendo que as mulheres-mães manifestam, freqüentemente, o sentimento de culpa, é importante criar e ampliar os espaços de diálogo entre as mulheres-mães. No cenário do estudo, esses espaços são resultado de um trabalho das profissionais de terapia ocupacional, psicologia e serviço social, que, criando a ambiência, facilitam a reflexão sobre a situação de cada mulher-mãe, revelando as

singularidades e o reconhecimento de questões particulares compartilhadas pelo conjunto das mulheres-mães que vivem essa situação.

6.1.2 A incerteza e o medo de perder o filho

A análise dos dados revelou também que a condição de ter um filho internado na UTIN é permeada pelas incertezas quanto ao futuro dele, o que reflete diretamente no cotidiano da mulher-mãe:

tem hora que cê num sabe nem... a certeza que você vai dormir, aquela hora que você tá comendo ali cê não tem nem certeza de tá acabando seu almoço tranquilo, cê não tem nem certeza. (Fabiana, GF)

Os discursos das entrevistadas mostraram que as incertezas vivenciadas pela mulher/mãe com relação à sobrevivência do filho podem ser manifestadas também pelo medo de perdê-lo. As mulheres-mães expressam que a possibilidade de morte do filho constitui uma situação de intenso sofrimento e é vivenciada por elas como uma perda antecipada, como se verifica nos discursos a seguir:

Às vezes a gente fica feliz assim hora que olha pra ele e ele tá bem, igual ela falou, dá um sentimento de perda, cê num sabe amanhã o que vai acontecer... por mais que uma dê força pra outra, né... (Luana, GF)

O dia-a-dia no hospital é muito estressante, pois ficamos ansiosas com notícias sobre o nosso bebê, o medo de não dar certo. Quando os médicos descobriram que o meu filho tinha sopro no coração entrei em desespero, medo dele não agüentar a cirurgia. A sensação de perder o meu filho foi terrível. Chorei muito, fiquei muito nervosa e angustiada. (...) mas graças a Deus a cirurgia foi um sucesso. (Fabiana, DP)

Eu amo muito, muito, muito o meu filho e tenho esperança que ele saia daqui com vida, saudável, sem seqüela e o mais rápido possível, tô com fé em Deus, mais eu tô fraquejando um pouco, e estou morrendo de medo dele morrer. (Ana, DP)

Como aporte à análise dos discursos das mulheres-mães, contamos com os achados de Ferraz e Chaves (1996) no relato de que muitos pais vivenciam o luto antecipadamente, preparando-se para uma possível perda do filho cuja vida está em risco. Os pais vivenciam então uma dualidade de sentimentos, pois, ao mesmo tempo em que esperam que o bebê sobreviva, preparam-se para a sua morte. De acordo com os autores, esse é um dos fatores que mais contribuem para o possível aparecimento de dificuldades no desenvolvimento do vínculo entre pais e bebê.

A perda vivenciada pelas mulheres-mães está intimamente relacionada com o sentimento de culpa. Um fator que parece minimizar o sentimento de perda é a própria presença da mulher-mãe no acompanhamento do recém-nascido, o apoio dos profissionais de saúde e as informações obtidas no processo do cuidado. Contudo, é importante reconhecer-se que o ambiente da UTIN, permeado pelo uso de equipamentos, realização de procedimentos invasivos e rotinas administrativas impressionam as mulheres-mães e as deixam com dúvida em relação à evolução do estado clínico de seu filho. Cabe ressaltar que o natural é ter um bebê “sadio”, que possa ser manuseado, vestido e levado para casa. A novidade de ter que conviver, de maneira muito próxima, com a realidade de dar à luz um bebê que precisa estar em uma incubadora, desnudo e dependente de equipamentos, já aponta um risco não mensurável pelas mulheres-mães.

6.1.3 O poder do recém-nascido

As mulheres-mães relataram que o recém-nascido prematuro ou doente é percebido como um ser frágil e vulnerável no que se refere aos agravos na sua saúde mas, ao mesmo tempo, um ser capaz de lutar heroicamente para sobreviver. Os discursos são reveladores da surpresa das mulheres-mães ao se darem conta das potencialidades de seus filhos, sendo motivo de orgulho e exemplo para elas:

quando eu ganhei meu filho eu ficava: “meu Deus, essa coisinha tão pequenininha é minha mesmo?” e que hoje eu sei que meu filho é mais forte do que eu. Tudo o que ele passou, mas hoje ele é mais forte do que eu. (Lorena, GF)

a lição que a gente tira deles, a moral, que eles são tão pequeninhos, tão frágeis, mas fortes. Isso eu posso tirar como moral da vida do Gabriel, como lição da vida do Gabriel, desde o começo até hoje. Então às vezes a gente cai por tão pouca coisa, qualquer coisinha aborrece a gente, né... e eles com uma agulhadinha lá cê vê que eles já nem sente mais. (Fabiana, GF)

Os relatos das mulheres-mães permitem apreender que elas vivenciam uma situação de sofrimento e dor resultantes da condição de fragilidade e hospitalização de seus filhos, que é compensada quando elas conseguem estabelecer um contato físico com o filho, colocando-o no colo. Esse momento é descrito por elas como único, onde o recém-nascido tem o “poder” de lhes despertar sentimentos de amor, carinho e força para continuar lutando por sua vida. Os discursos expressam ainda que a proximidade física com o recém-nascido possibilita à mulher-mãe vivenciar o “ser mãe”, como exposto a seguir:

Hoje dia 28/10 foi o dia mais feliz e importante da minha vida, pois peguei o Marcos Paulo, fiz o Canguru com ele pela primeira vez, foi tanta emoção que quase chorei, pois tive que me segurar. (Kátia, DP)

A emoção de pegar o bebê no colo é muito grande, mesmo que esteja no tubo, no CPAP ou ele respirando sozinho. Só de poder tocar nele é muito emocionante, pois é o nosso filho, o meu filho que tanto esperei e sonhei. (Fabiana, DP)

Ontem eu fiquei com ele (filho) no colo 2 horas e meia, igual canguru mesmo, e confesso que senti algo muito diferente. Um amor que jamais tive igual. Agora é que eu estou começando a entender minha mãe e o que é amor de mãe. Ai que saudade da mamãe. (Luana, DP)

(segurar o filho no colo)...você não sabe se você ri, se você chora, se você vibra de alegria. (Lorena, GF)

foi muito bom (pegar o filho). A gente sente um amor, uma coisa diferente. É bom demais. (Luana, GF)

Nessa situação, tornar-se mãe é uma condição que passa a ser vivenciada quando as mulheres têm a oportunidade de desempenhar as atribuições da maternidade de forma concreta, ou seja, nutrir, cuidar e proteger, satisfazendo assim as necessidades vitais do filho (DUARTE, 2001).

Em estudo realizado por Belli e Silva (2002), com o objetivo de conhecer as representações sociais das mães acerca da internação do filho na UTIN, foi constatado que as mães, durante sua convivência e sua presença freqüente na UTI neonatal, buscam tocar, falar, acariciar, rezar, e fazer tudo o que podem pelo filho com o objetivo de lhe transmitir força e tranqüilidade.

Durante a observação participante, percebi que as mulheres-mães, quando estavam na UTIN com os seus filhos, estabeleciam com eles um diálogo que assumia formas verbais e não verbais. Nos momentos em que o seu bebê estava

agitado, a mulher-mãe conversava com ele explicando o motivo pelo qual ele estava ali e procurava tranquilizá-lo. Em outros momentos, a mulher-mãe tocava demoradamente o seu filho, sorria e transmitia-lhe todo o seu afeto.

As mulheres-mães expressaram que são beneficiadas pelo contato com o filho, uma vez que essa proximidade transmite-lhes tranquilidade e força para o enfrentamento da nova condição: mulher-mãe de um recém-nascido internado na UTIN.

Assim, verifica-se que a “criatura” frágil, dependente e com risco de morte é, ao mesmo tempo, a força de uma nova vida. A relação entre mãe e recém-nascido é de extrema cumplicidade em defesa da vida, negada pela situação de anormalidade, mas desejada e naturalizada.

6.1.4 A fé e a religiosidade

Durante o período de hospitalização, as mulheres-mães buscam na fé e na crença religiosas o apoio para suportar e enfrentar a difícil experiência da doença do filho. Assim, a mulher-mãe relata que recorre à fé em um ser supremo, buscando forças para não se entregar ao desespero e não desanimar. O sentimento de fé manifestado pela mulher-mãe possibilita também aliviar o seu sofrimento, como revelam os discursos:

eu já... rezava muito assim, sabe, sou católica e tudo... Mas depois que eu vim pra cá, eu passei a rezar o dobro do que eu rezava. (Ana, GF)

“Credes em Deus e tudo ele te fará”. Pois prá mim tá sendo assim, ontem orei, hoje de manhã orei também e pedi mais a Deus pelo meu filhinho, coloquei água no rádio na hora da oração, dei pro Lucas e bebi por mim e por todos nós e foi com muita fé. (Elza, DP)

Lá na UTI eu me seguro para não chorar ao lado dele, pois eu tenho que passar para ele que ele é capaz de vencer todas essas barreiras. Tão pequeno para uma prova tão grande. Mas conversei com algumas mães que estão também com bebês na UTI e me disseram para ter fé em Deus, pois eu tenho fé, pois é isto que me levanta, essa força que vem do alto. (Luciana, DP)

Hoje, na parte da tarde fui à igreja, me senti mais aliviada, porque sei que Deus nunca vai me faltar. (Paula, DP)

Fabiana entra no Alojamento Materno e chama Karine para ouvir a oração do Padre Marcelo pelo rádio. Saem do Alojamento Materno e assentam na área externa do hospital, onde rezam. (Diário de Campo da Pesquisadora, 28/10/05)

Durante a observação participante, as mulheres-mães manifestaram o desejo de ir à uma igreja próxima ao hospital para rezar e também para trazer água benta para passar em seus filhos. Frente a essa demanda, entrei em contato com a casa paroquial para me informar sobre o horário de funcionamento e agendamos a ida à igreja para aquela tarde. Providenciei, ainda, alguns frascos de soro fisiológico para que a água fosse benzida e elas pudessem passar nos seus filhos conforme desejado, sem expô-los a nenhum risco. Na igreja, as mulheres-mães rezaram demonstrando fervor e muitas se emocionaram. Em seguida mergulham os frascos de soro fisiológico em uma fonte de água para benzê-los. Enquanto as aguardava, uma funcionária da igreja disse-me que as “mães do Sofia” sempre vão àquela igreja rezar e muitas retornam após a alta do filho para agradecer “a graça alcançada”. Ao retornar para o hospital as mulheres-mães expressaram o bem-estar que estavam sentindo, e combinaram voltar no final de semana para assistir à missa (Diário de campo da pesquisadora, p. 6-7).

Lamy (1995), ao estudar as situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados na UTIN, constatou que suas vivências estão fortemente influenciadas pela religião e pelas crenças. Para a maioria desses pais a religiosidade configura-se como uma fonte de consolo e força para enfrentar as dificuldades e sentem-se confortados ao depositarem o destino de seus filhos “nas mãos de Deus”.

Conforme é revelado no discurso das participantes, a condição de ser mulher-mãe de um recém-nascido pré-termo ou doente é acompanhada por sentimentos de culpa e incerteza, que podem ser considerados como inerentes à situação vivenciada. Percebi, na análise dos discursos do grupo focal, dos diários de campo e da observação participante que, no decorrer da internação do recém-nascido, a mulher-mãe compartilha com o filho a batalha pela sobrevivência e se surpreende ao descobrir a capacidade que seu filho possui de reagir frente às dificuldades. Perceber as potencialidades do filho e ter fé em Deus são recursos que as mulheres-mães relatam terem encontrado para seguirem em frente e não desanimarem.

6.2 A PERMANÊNCIA NO ALOJAMENTO MATERNO

A segunda categoria, **a permanência no Alojamento Materno**, emerge dos discursos mostrando forte dualidade de sentimentos. A mulher-mãe decide permanecer no Alojamento Materno, mas sente-se dividida entre atender as

necessidades do filho doente, as demandas da família e suas próprias necessidades.

Ao mesmo tempo em que o Alojamento Materno surge como um espaço onde se estabelecem relações de amizade e solidariedade é um espaço de relações conflituosas entre as mulheres, com os profissionais de saúde e com a instituição.

A análise dos discursos permitiu identificar, nessa categoria, seis subcategorias que contemplam as especificidades das situações vivenciadas pela mulher-mãe durante sua permanência no Alojamento Materno: a vivência do espaço hospitalar, a convivência entre as mulheres-mães, as demandas da mulher e da família, o apoio recebido, a descoberta de novos sentidos e compromisso, participação e aprendizado no cuidado com o filho.

Da mesma maneira que foi explicado na categoria anterior, essas sub-categorias fazem parte de um discurso completo e organizado que tem complementaridade e articulações. Assim, a análise ainda que feita separadamente, buscará manter as interfaces e os eixos comuns que perpassam todas as sub-categorias.

6.2.1 A vivência do espaço hospitalar

A observação participante permitiu conhecer que as mulheres-mães, durante a permanência no ambiente hospitalar, estruturavam o seu cotidiano de acordo com a rotina institucional. Assim, por meio do mapeamento da observação participante e

dos registros no diário de campo, percebi predominância das mulheres-mães em determinados ambientes do hospital nos momentos determinados pela rotina institucional, como no horário das refeições e durante os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. Nos demais períodos do dia as mulheres-mães circulavam pelos diversos ambientes do hospital, como também entravam e saíam do Alojamento Materno de uma forma bastante dinâmica, de acordo com suas próprias necessidades como tomar banho, deixar a roupa na lavanderia, receber visitas e atender às necessidades do filho como retirar o leite materno e realizar o cuidado mãe canguru. Essa dinâmica sofria alterações quando havia a piora ou o óbito de algum bebê na UTIN. Nesses momentos as mulheres ficavam mais recolhidas, geralmente no Alojamento Materno, próximas umas das outras.

A análise dos discursos apresenta semelhanças com os dados da observação participante evidenciando que a mulher-mãe, ao decidir permanecer no Alojamento Materno durante a internação do seu filho na UTIN, passa a conviver com um novo cotidiano, muitas vezes determinado pelos interesses e pela dinâmica institucional.

é, cê acorda já tá na hora assim de tomar café, daqui a pouco vai tirar leite, depois olha o neném, daqui a pouco já é hora do almoço, a hora passa muito rápido. (Marta, GF)

De acordo com Heller (2000, p. 17), *“a vida cotidiana é a vida de todo homem”* e o homem amadurece na sua cotidianidade pela interação que estabelece com os grupos aos quais pertence. Ainda segundo a autora *“são partes orgânicas da vida cotidiana a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação”*.

Gadotti (2003) faz uma distinção entre rotina e cotidianidade. Segundo o autor, a rotina consiste em uma nova repetição mecânica de atos cujo sentido não é questionado, é o fazer por fazer. A cotidianidade "(...) é a busca de um lugar, de um espaço conhecido, de um 'lar', um 'em casa', um 'para si'" (GADOTTI, 2003, p. 56).

Sob essa perspectiva e considerando a necessidade e a opção da mulher-mãe de permanecer no espaço hospitalar, percebe-se que essa nova situação exige que ela se desprenda de seu cotidiano, do qual já tinha domínio, para vivenciar uma nova cotidianidade, adaptando-se a uma nova dinâmica, de modo a facilitar a convivência e a lidar com as tensões geradas no novo ambiente, nas relações com os profissionais, com outras mães e com o recém-nascido.

Eu tenho, eu tinha mania de assistir televisão até duas horas da manhã. Lá (Alojamento) a regra é até meia-noite. Tem gente que dorme dez horas e a televisão incomoda. Isso é chato, entendeu? (Carla,GF).

e aqui existem regras, né... no alojamento existe regras, porque a gente... é como vocês falaram, a gente não tá na casa da gente, se o telefone a regra é até as dez, é até as dez. Se a televisão é até meia-noite, é até meia-noite. (Fabiana,GF)

num hospital, igual a Amiga da Família chegou lá um dia e falou "gente, cês tão num hospital, cês não estão na casa de vocês não, então arruma a cama", é isso aí... (Luana,GF)

O discurso das participantes permite apreender que a mulher-mãe vivencia a contradição de permanecer em um ambiente organizado para possibilitar o seu conforto e bem-estar, mas que ao mesmo tempo é cenário de todo o sofrimento que

ela compartilha com o filho na luta pela sobrevivência, como expressa o enunciado a seguir:

as pessoas que ficam no Alojamento são muito bem acomodadas, têm direito a todas as refeições, banho, ver o bebê 24 horas, televisão, geladeira, uma cama confortável e acima de tudo são todos muito atenciosos, aqui temos todo o conforto necessário para que possamos nos sentir, bem só o que falta é felicidade, pois ela só teremos quando sairmos daqui. (Carla, DP)

Ao discutir a vivência da mãe do recém-nascido pré-termo no ambiente hospitalar Reichert e Costa (2000, p.56) afirmam que

A vivência no hospital é muito traumatizante , uma vez que o indivíduo não se encontra em seu hábitat. No caso da mulher, isso é o suficiente para gerar uma crise existencial que repercute sobre o ser-mãe-no-mundo. Não estando bem consigo mesma, a mulher fica vulnerável na sua relação interpessoal, porque seus sentimentos transcendem o seu querer-estar-com o outro.

Percebi que a permanência, muitas vezes prolongada, no espaço hospitalar adicionada à vivência da situação de risco contínua dos filhos deixa a mulher-mãe impossibilitada de cuidar de si própria e atender às suas necessidades como alimentação repouso e sono. A impossibilidade de manter-se por longo tempo sem cuidar de si, é manifestada por sinais evidentes de cansaço físico e mental, como expresso nos discursos a seguir:

(...) a tensão aqui no hospital é muito forte, já não consigo mais dormir à noite, me deito 12:00 (meia noite), quando são 5:00 já estou de pé, sem contar que olho para meu filho e tenho vontade de pegá-lo e sair correndo do hospital. (Carla, DP)

Hoje é domingo, dia 30/10, eu perdi a noção do tempo aqui dentro. A coisa que mais anseio é a melhora do meu bebê e depois voltar para casa. Tenho muito sono, mas não consigo dormir. Do dia 24 até hoje cada dia é uma nova experiência. (Júnia, DP)

As mães mais próximas e divertidas já receberam alta, ainda resisto aqui. Não é um lugar ruim, mas difícil de relaxar, estou com o corpo todo duro e dolorido, os braços e mãos principalmente. (Júnia, DP)

Essa constatação também foi feita por Bezerra e Fraga (1996) no estudo sobre a vivência da mãe como acompanhante do filho hospitalizado. As autoras constataram que essa situação é vivenciada pela mãe como um momento, nem sempre breve, de preocupação e sofrimento, onde convive com o sofrimento psíquico concretizado em insônia, falta de apetite, desconforto mental e depressão.

Os dados do grupo focal, das anotações dos diários de campo (pesquisadora e participante) e da observação participante, permitem reconhecer como relevante uma iniciativa criada na instituição com o objetivo de possibilitar às mulheres-mães a oportunidade para cuidar de si, a partir de uma demanda delas mesmas. Há aproximadamente um ano e meio, durante a permanência no Alojamento Materno, algumas mulheres-mães começaram a levar para o hospital secador de cabelo e material para cuidar das unhas. Assim, toda sexta-feira, o Alojamento Materno se transformava em um salão de beleza e isso trazia repercussões positivas para as mulheres. A partir dessa iniciativa das mulheres-mães, há um ano, foi criado no hospital um salão de beleza, cujo serviço é oferecido gratuitamente tanto às mulheres que se encontram no Alojamento Materno, quanto às que estão internadas na maternidade devido à gravidez de risco. Funciona duas vezes por semana, sendo um projeto coordenado pelo serviço de terapia ocupacional, em parceria com duas voluntárias cabeleireiras da comunidade. O salão de beleza é

equipado com lavatório, secador, prancha e outros equipamentos e produtos de beleza.

No decorrer da observação participante, percebi que o dia do salão de beleza era aguardado com muita expectativa pelas mulheres. Durante a atividade, o clima era bastante descontraído e, enquanto cuidavam dos cabelos, as mulheres trocavam informações sobre beleza e conversavam assuntos diversos, incluindo-se o cuidado com o recém-nascido. Essa iniciativa parece favorecer o resgate da auto-estima das mulheres-mães e motivou-as a cuidarem de si. Muitas chegavam ao salão de beleza ainda vestidas com a camisola do hospital e, ao sair, trocavam a camisola por suas próprias roupas.

Foi possível observar que, dentre as atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional para as mulheres-mães, a temática central está sempre vinculada às necessidades de cuidado do recém-nascido sendo que a criação do salão de beleza possibilitou oferecer à mulher um espaço que fosse apenas dela. Por alguns instantes elas agiam em função de seu desejo e de suas próprias necessidades, deixando de ser apenas mães para se tornarem também mulheres.

A criação do salão de beleza foi uma iniciativa que contribuiu para transformar o ambiente hospitalar mas que só foi possível devido à escuta e ao reconhecimento da equipe multiprofissional das necessidades de cuidado dessas mulheres e ao apoio institucional.

Os dados analisados evidenciaram que o espaço hospitalar, integrado por inúmeros profissionais de saúde e usuários, não impede que a mulher-mãe vivencie sentimentos de solidão:

Acho estranho porque estou entre tantas pessoas e ainda me sinto sozinha. (Luana, DP)

Nesse sentido, reporto-me a Belli e Silva (2002) para quem as mães, ao viverem a realidade de ter o filho prematuro ou doente, experimentam uma situação única e de solidão. O sentimento de solidão é caracterizado não pela ausência de pessoas a sua volta, mas como algo que vem de dentro, intrínseco a sua experiência.

6.2.2 A convivência entre as mulheres-mães

A permanência no Alojamento Materno faz a mulher-mãe vivenciar outras situações de vida além da sua, como o sofrimento de outras mulheres-mães devido à morte de seus filhos. Nessa situação, a mulher-mãe identifica-se com o sofrimento da outra mãe uma vez que compartilham a situação de hospitalização dos seus filhos no período neonatal.

Nesse contexto, frente à morte de outra criança, a mulher-mãe depara-se com as incertezas quanto ao futuro do próprio filho e vivencia, com a outra mãe e consigo mesma, o sofrimento advindo da perda do filho, como é revelado nos enunciados a seguir:

Hoje foi e está sendo um pouco difícil, pois morreu um bebê de uma mãe no Alojamento, ela chegou aqui ontem, dia 29/10/05. o bebê dela nasceu com pneumonia e

por coincidência se chamava Lucas, igual ao meu, e não tem jeito da gente não sentir também, pois estamos todas na mesma história. Chorei também. (Luciana, DP)

No Alojamento Materno as mães dizem que o dia está esquisito. Falam sobre um bebê que chegou ao hospital já morto, cuja mãe ficou no Alojamento Materno, e de outro que internou às pressas na UTIN porque aspirou o leite enquanto era amamentado. (Diário de campo da Pesquisadora, 29/10/05)

Recentemente duas colegas nossas perderam seus bebês, é muito doloroso porque nós que somos mães sentimos a mesma dor que elas. (Paula, DP)

O mais difícil aqui é quando uma mãe não consegue o seu objetivo. Sofremos tanto com sua dor, pois foram companheiras de alojamento, vimos cada sorriso no seu rosto e cada lágrima de dor cair no chão. (Fabiana, DP)

Os discursos evidenciam que as mulheres-mães, conhecedoras da dimensão do sofrimento que as envolvem, constroem uma rede de solidariedade e amizade entre si, motivadas pelas necessidades e experiências em comum. O novo cotidiano é gerador de novas possibilidades de relacionamento e de vínculos. Elas expressaram que, no convívio diário, preocupam-se umas com as outras, e compartilham as alegrias e as tristezas, como é manifestado nos enunciados a seguir:

No alojamento tem mulher de todos os tipos, idades. Seja ela quem for, estão na mesma situação, compartilhando a mesma situação de medo, aflição, preocupação e dor. (Júnia, DP)

Todas nós estamos passando pela mesma situação e uma acaba dando força prá outra. Eu pensava que o clima aqui seria mais tenso e eu me sentiria sozinha, mas elas conversam muito e a gente acaba rindo, muitas vezes até sem querer. (Luana, DP)

Sai gente, entra gente com vitórias ou com derrotas. Ficamos felizes com as vitórias das pessoas e tristes com suas derrotas, pois apesar de tudo, são pessoas que passam a fazer parte de nossas vidas. É impossível não vibrar com suas vitórias e não sentir e não chorar nas suas tristezas, angústias e até mesmo nas suas derrotas. (Fabiana, DP)

E não só quando a gente tem uma notícia assim né... nem tão boa em relação à criança, mas quando você também tem algum problema, todas tem um problema assim, tem mães que sofrem junto com você o seu problema, sabe... (Fabiana, GF)

(...) e nem é só triste, quando ela tá alegre também a gente compartilha com ela, fica alegre também. (Lorena, GF)

A análise dos discursos do grupo focal evidencia a contradição vivida pela mulher-mãe, pois, ao mesmo tempo em que a situação de ter um bebê prematuro ou doente é única em sua individualidade e historicidade, apresenta-se também como uma vivência compartilhada com outras mulheres-mães que se encontram na mesma condição, apresentando-se como uma particularidade do conjunto das mães que se encontra no cenário deste estudo.

O discurso das participantes revela que, ao mesmo tempo em que a estreita convivência entre as mulheres-mães favorece o estabelecimento de relações solidárias, é marcada por conflitos. Assim, as diferenças individuais e a reclusão no espaço hospitalar, acabam sendo geradores de intrigas, brigas e tensão, como expressa nos enunciados a seguir:

No começo é tudo novo, né... imagina você com dezenove pessoas que você nunca viu na sua frente? Então é difícil. O relacionamento em casa com mães e irmãos é difícil, você imagina com quem que você nunca viu! É... tem gente de vários tipos, de várias maneiras, com vários é... como se diz, várias manias. (Carla, GF)

acaba chateando a gente pelo o que acontece, de certas pessoas saírem comentando algo que aconteceu com a gente. (Fabiana, GF)

igual a questão da geladeira, né... a gente tem umas frutas lá, tá identificada... igual, comeram o meu mamão, quer dizer... (Risos)...eu não fiz um pé de guerra em cima disso, entendeu? Só que eu acho uma falta de respeito de quem fez, porque já ficou bem claro, cada um tem o seu, se tá com vontade, pede... entendeu? (Clarice, GF)

No Alojamento Materno são realizados, semanalmente, dentre outras atividades, dois grupos: o de recepção e o de reflexão. O primeiro acontece na segunda-feira,

sendo coordenado pela terapeuta ocupacional e pela assistente social. O grupo tem como objetivos orientar as mulheres-mães sobre o funcionamento do Alojamento Materno e da instituição, esclarecer e encaminhar as questões referentes à assistência oferecida ao recém-nascido e conversar sobre as dificuldades de relacionamento vivenciadas pelo grupo. Quando necessário, outros profissionais são convidados a participar desse grupo. O segundo grupo acontece na quinta-feira, sendo coordenado pela terapeuta ocupacional e pela psicóloga, e busca criar um espaço para a mulher-mãe refletir sobre a situação que ela está vivenciando e as repercussões dessa situação em sua vida.

Durante a observação participante, tive a oportunidade de acompanhar o grupo de recepção, no qual Fabiana, uma das participantes, expôs para as demais que estava incomodada com o fato de apenas ela atender ao telefone, não havendo colaboração das demais mulheres-mães. A coordenadora buscou, junto com o grupo, encontrar uma solução para o problema apresentado. Ao final, as mulheres-mães organizaram uma escala onde cada dia da semana uma dupla se responsabilizava por atender as chamadas telefônicas, não sobrecarregando Fabiana. Pude perceber que a realização dos grupos possibilita a criação de um espaço que favorece o diálogo entre as mulheres-mães para discutirem os incômodos e estabelecer compromissos e responsabilidades. Assim, as mulheres-mães criam alternativas para enfrentar as dificuldades e lidar com os conflitos decorrentes da convivência no novo ambiente (*Diário de Campo, p. 14-15*).

A análise dos discursos revela que, mesmo diante das dificuldades enfrentadas na convivência no novo cotidiano, as mulheres-mães permanecem no Alojamento Materno, convivem e buscam superar as dificuldades que se apresentam. Essa escolha é justificada pelo desejo de recuperação do filho e na prioridade de cada uma de estar junto do seu recém-nascido:

cada um tem seu problema... então é... a gente tem que partir de cada um, procurar viver da melhor maneira possível. E... que essas pequenas coisas acabam sendo mesquinhas, sabe... porque a gente tá aqui, todas nós com um objetivo só: a melhora de nossos filhos. Então... isso aí é o de menos, entendeu... (Clarice, GF)

eu acho que tem certas coisas também que as pessoas podiam largar pra lá, sabe... umas coisas assim... umas coisas boba, que não tem sentido... porque... o problema maior a gente tá vivendo, né... porque ficar aqui, a preocupação é com as crianças né... (Luana, GF)

então eu acho assim, tem que ter paciência e respeitar né... Só que nem assim... igual eu... conversinhas surge, a minha prioridade aqui é minha filha, entendeu? Se tiverem falando... deixando de falar, pouco me importa. (Clarice, GF)

Pelo exposto, observo que a realização de atendimentos em grupo pela equipe multiprofissional, onde as mulheres-mães possam expor seus sentimentos e dificuldades, mostra-se importante para o enfrentamento e a superação dos conflitos vivenciados cotidianamente por elas, minimizando as tensões e facilitando a construção de acordos de convivência.

6.2.3 As demandas da mulher e da família

Ao analisar os dados foi percebido que, ao decidir permanecer no Alojamento Materno durante a hospitalização do filho prematuro ou doente, a mulher-mãe é

compelida a romper com sua cotidianidade e a afastar-se dos demais membros da família. As entrevistadas relatam os conflitos que emergem da nova situação, exigindo delas conviver com as demandas do companheiro, dos outros filhos, dos familiares e dela própria, conforme evidenciado no enunciado abaixo:

É complicado passar tanto tempo longe de casa, longe do meu filhote, enfim, longe da minha vida, sem sentir culpa. Ao mesmo tempo tem minha pequena que, no momento, é a que mais precisa de mim. (Sandra, DP)

Ao analisar os dados foi percebido que, ao decidir permanecer no Alojamento Materno durante a hospitalização do filho prematuro ou doente, a mulher-mãe é compelida a romper com sua cotidianidade e a afastar-se dos demais membros da família. As entrevistadas relatam os conflitos que emergem da nova situação, exigindo delas conviver com as demandas do companheiro, dos outros filhos, dos familiares e dela própria, conforme evidenciado no enunciado abaixo:

É complicado passar tanto tempo longe de casa, longe do meu filhote, enfim, longe da minha vida, sem sentir culpa. Ao mesmo tempo tem minha pequena que, no momento, é a que mais precisa de mim. (Sandra, DP)

Os discursos revelam que as mulheres-mães ressentem-se de não poder dar assistência aos outros filhos que ficaram em casa. As mulheres-mães comentaram que os outros filhos sentem-se preteridos e enciumados pela atenção que elas dispensam ao filho internado, e muitas vezes manifestam sentimento de abandono:

meu menino tem três anos, igual, sábado foi aniversário dele, ele falou assim: "mãe cê vai vim né?". "A mamãe não sabe se vai não" "Ah! mamãe, então você não gosta de mim, não quer me ver, só quer a Maria Luíza". (Cláudia, GF)

eu fui ver meu filho (o outro filho), ele tá doente... ele perguntou porque que eu não gosto dele... (chora) isso dói...(Paula, GF)

Meu filho de 3 anos e 8 meses veio me visitar. Fiquei muito feliz, viu o nenê e fez muitas perguntas: mãe porque o leite tá entrando no nariz dele? Cadê a boca dele? No fim da visita ele estava indo embora e me olhou com um olhar triste. (Júnia, DP)

Os enunciados a seguir permitem apreender que a mulher-mãe, ao priorizar a presença junto ao filho hospitalizado, vivencia sentimentos ambíguos. Se, por um lado, decide permanecer no Alojamento Materno, por outro, depara-se com suas próprias necessidades, anseia voltar para a sua casa e retomar a sua rotina e o cotidiano que vivia antes do nascimento do filho.

A vontade mesmo é de ir para casa, de volta para minha vida. (Luciana, DP)

O lado mulher nessa altura do campeonato não existe mais. (Sandra, DP)

Você se sente incomodada de não tá em casa. Com seu esposo em casa, com seu filho em casa. (Lorena, GF)

Observa-se que os discursos apresentam dados que vão ao encontro do descrito por Bezerra e Fraga (1996). Segundo as autoras, a condição de ser mãe acompanhante em uma unidade pediátrica, é vivenciada com extrema dedicação pela mãe, deixando-a temporariamente descuidada de si mesma e impossibilitada de atender as suas próprias necessidades.

Com o afastamento do convívio familiar a mulher-mãe sente-se privada das relações de carinho e afeto dos filhos e do companheiro. A saudade dos membros mais próximos da família foi um sentimento expressado com frequência pelas mulheres-mães:

Estou aqui há 12 dias. Eu não estou mais conseguindo, pois tenho uma outra filha que está em casa. Como sinto falta dela! (Clara, DP)

pra mim tem os dois lados. (...) A gente tá aqui, presente né... perto do filho, sabendo o que tá ocorrendo. Mas por um lado é ruim, porque a gente fica com saudade da família, sente falta, sabe... (Fabiana, GF)

igual... elas falaram né... a família faz falta sim, ainda mais eu que já não tenho meus pais, tenho irmãos, né... então assim, a família pra mim é tudo, é importante demais, nossa... então assim, quando eles não vieram essa semana, feriado, eu senti nó... eu senti muita falta, ontem de manhã eu não tava legal, tava sentindo falta... então assim, quando liga, conversa, a gente sente o conforto, né... (Clarice, GF)

Sinto muita falta dos meus filhos, sofro por estar longe deles. Sei que estão bem cuidados, tem muito carinho, nada é melhor do que carinho de mãe. À noite quando me deito sinto vontade de estar com eles, dar um beijo de boa noite, ensinar a rezar, ensinar a lição de casa para Vinícius, mas sei que o Senhor é comigo. (Maria, DP)

Segundo as entrevistadas, a família também sente a sua ausência e cobra a sua presença. Os discursos evidenciam que as entrevistadas percebem que a cobrança familiar denota a incompreensão do momento vivido por elas, desconsiderando sua opção de permanecerem em período integral no hospital. As mulheres-mães expressam, ainda, que os seus familiares duvidam da sua capacidade de contribuir para a melhora do recém-nascido.

eles (família) num entende o que a gente passa aqui! A minha mãe ela perguntou porque que eu num vou em casa. Só que eles acham que a gente tá aqui batendo papo, rindo... não vê o sofrimento que é. É a dor que você sente de cada mãe que fica triste, que chora porque seu neném tá mal, ou às vezes chora de felicidade... E hoje a minha mãe tava me cobrando, porque que eu num... falou assim: você não tem só a Vitória de filha, você tem dois. (...) (Paula, GF)

a família da gente não entende, eles acham que a gente gosta mais de um do que do outro, igual a minha mãe fica me cobrando... o pai deles me liga enchendo o saco: "tem que amamentar o menino, cê tem que ficar com o menino, cê tem que ir lá pra ficar com ele". Eles não entendem que eu vendo a minha menina do jeito que ela né... que ela tava e que ela ficou agora, o coração num deixa eu sair de perto dela, eu não consigo nem ficar aqui no Alojamento cá em cima, é duas três horas na UTI com ela.(Dolores, GF)

O pai deles mesmo falou comigo "vai judiar do menino prá poder ficar com ela? Que ta na UTI? Na UTI só os médicos que podem com ela. Você não pode fazer nada! Tem que ficar é com o menino que já conhece, que tá no peito e tudo." Só que eu não consegui abrir mão dela pra ficar com ele, porque eu acho que a gente que é mãe sempre procura ficar perto do que ta mais frágil, né... do filho que tá mais prec... que tá mais doentinho.(Dolores, GF)

o meu pai acha que é bobeira eu ficar no hospital porque... ele acha que eu não posso fazer nada por ela, e ele acha que meu lugar é junto com a outra. A outra também fala pra mim que... "ah mãe, essa menina tá tirando a senhora de mim", então... fica difícil né... (Clara, GF)

Gomes (1999), ao analisar as repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTIN, constatou que a cotidianidade da família mostra-se alterada. Essa situação pode favorecer o amadurecimento pessoal e familiar, com reaproximação do casal e dos familiares ou, ao contrário, gerar conflitos e desagregação.

A decisão de permanecer no Alojamento Materno foi manifestada pelas entrevistadas como conflituosa, sendo uma constante o sentimento de estar dividida entre cuidar do recém-nascido hospitalizado ou dos demais membros da família.

Essa situação pode ser agravada quando não há a colaboração entre os familiares devido a percepções diferentes da nova situação e, portanto, não reconhecem a necessidade de a mulher-mãe permanecer no hospital cuidando do recém-nascido.

Durante as observações percebi que as mulheres-mães, mesmo distantes, exigem de si próprias o cumprimento das atribuições no cuidado com os outros filhos e na organização da casa. Durante sua permanência no Alojamento Materno, além de incorporar novos sentimentos e emoções, muitas vezes perturbadores e geradores de ansiedade, a mulher-mãe não se desvincula completamente de suas preocupações e atribuições como companheira, mãe de outros filhos, filha e

trabalhadora. Fica evidenciada a necessidade de estudo sobre as repercussões, para a família, da ausência ou distanciamento da mulher.

6.2.4 O apoio recebido

A nova situação e a nova cotidianidade enfrentadas pela mulher-mãe ao acompanhar a hospitalização do filho na UTIN, parecem favorecer a formação de uma rede de apoio. O apoio origina-se das redes sociais a que a mulher-mãe pertence e das que são construídas no próprio hospital.

Foi relatado pelas entrevistadas que a permanência no Alojamento Materno e a convivência contínua com outras mulheres-mães que enfrentam a mesma situação favorecem a construção de relações de ajuda. Os discursos permitem apreender que as mulheres-mães confortam-se mutuamente e, mesmo diante de acontecimentos inesperados e ruins, buscam unir as forças, a esperança e a fé para enfrentar as dificuldades, como expresso nos enunciados a seguir:

a segurança que elas (colegas do alojamento) passam, igual no lugar da família da gente não tá presente, elas se tornam a família da gente, porque elas que tão com a gente no momento que a gente mais precisa, elas que tão ali te dando força, conversando com você, não deixa você ficar lá em baixo, entendeu... então isso que eu gostei muito e aprendi muito aqui também. (Soraia, GF)

Está sendo importante (permanecer no Alojamento Materno), igual as meninas, a gente troca, sabe assim... é... experiências assim, às vezes a gente tá pra baixo, aí chega uma conversa... tá mais forte, te passa uma energia positiva, entendeu... então tudo isso ajuda a gente a... a levar o barco, entendeu? Quando a outra não tá legal, a gente também tenta por pra cima, sabe... (Clarice, GF)

A convivência no alojamento a cada dia fica melhor. As colegas que estão na mesma situação se apóiam, fazem brincadeiras, descontraem o ambiente que já é muito tenso. A cada dia aprendemos uma lição de vida diferente. (...) Hoje vejo o alojamento como uma terapia constante, que ajuda a controlar a ansiedade e superar as dificuldades.

Conversamos sobre tudo! As etapas do desenvolvimento dos bebês, nossa vida como mulher, a presença paterna, etc. é impressionante como os problemas são parecidos, então ficou mais fácil darmos as mãos e nos ajudarmos. (Sandra, DP)

Nesse sentido, a análise dos discursos permite cotejar o encontrado por Bousso e Ângelo (2001) que, ao buscar compreender o funcionamento da dinâmica familiar da criança internada em UTI pediátrica, constataram que os familiares que estão lidando com experiências semelhantes, desenvolvem relacionamentos significativos na sala de espera da UTI. Segundo as autoras, os familiares, ao escutarem as histórias contadas por outras famílias, refletem sobre o que estão passando e sentem-se mais esperançosos e fortes. Estudos realizados por Vasconcelos, Leite e Scochi (2006) e Caetano (2004) também evidenciam que a possibilidade da mãe compartilhar as experiências e sentimentos decorrentes da situação de doença do filho com outras mães que vivenciam situação semelhante configura-se como uma fonte de apoio para elas.

Durante um dos períodos em que realizava a observação participante, o bebê de Paula fez uma apnéia e necessitou retornar para a UTIN. Enquanto os profissionais de saúde tomavam as providências para socorrer o bebê, Paula estava na porta da UTIN muito assustada, sendo amparada por Valdete, uma mulher-mãe que também permanecia no Alojamento Materno. Logo chegaram outras mulheres-mães que a confortaram, dizendo que também já haviam passado por essa situação e que seus bebês haviam se recuperado, por isso ela precisava ter fé e acreditar que tudo daria certo. Mas Paula não se tranquilizava; então, Valdete foi até a mim e solicitou-me que a ajudasse a acalmar Paula. Ao me aproximar do grupo percebi que todas as

mulheres-mães estavam tomadas pela mesma emoção e pelo sofrimento de Paula. Conversei com elas, ali mesmo no corredor em frente à UTIN, explicando o que estava acontecendo até que ficassem mais tranquilas. Ao realizar a análise dos dados contidos no diário de campo das participantes, encontrei, no diário de Paula, o seguinte registro referente a esse momento:

aqui, nós nos apegamos a algumas pessoas mais especiais. Ontem quando a minha filha teve a recaída, uma pessoa muito companheira chamada Valdete, estava todo o tempo do meu lado segurando a minha mão, me apoiando, não me deixou sozinha nem um minuto. Espero nunca perder o contato com ela, pois ela faz parte da minha vida e da minha história, e outras mães também como Cláudia, Fabiana, Sílvia, Flora e Sandra. (Paula, DP)

A análise dos discursos permite apreender que outra fonte de apoio para a mulher-mãe, durante sua permanência no Alojamento Materno foi a família, que se mostrou presente nos momentos difíceis e buscou atender as suas necessidades.

meu irmão me ligou... ele falou comigo que ele ia lá no meu serviço conversar lá prá mim, que era pra mim esquecer tudo, preocupar com o Diego... (Karine, GF)

meu marido ele me apóia demais, nossa tadinho, ele fica assim: "ai... se eu pudesse eu ficava aqui pra você ir em casa descansar", aí eu falo assim: "mas eu não agüento ficar em casa..." Ele fica assim pensando... "você deve tá cansada..." (Cláudia, GF).

(...) o Fernando está sendo um pai e companheiro excelente, sempre soube que ele era muito atencioso, mas confesso que está sendo mais do que esperei, se não tivesse o apoio dele não sei como estaria sendo agora, pois quando ele está perto de mim tudo parece mais fácil, me sinto mais segura e sei que Ciro (filho) também se sente assim. (Carla, DP)

Tenho outro bebê de 4 anos em casa, tá com a vó, ela é um anjo prá ele e prá mim, mas preferiria estar em casa com meus filhos. (Elza, DP)

Cunha (2000) investigou a vivência dos pais durante a hospitalização de seus filhos recém-nascidos e constatou que, durante esse período, a presença da família e dos

amigos pareceu confortar os pais. Relata ainda que a união pode ser uma característica familiar ao se deparar com as vicissitudes, minimizando o sofrimento dos pais.

A interação com os profissionais de saúde emerge, também, como uma fonte de apoio para as mulheres-mães. Elas valorizam as atitudes de respeito e consideração por parte da equipe e sentem-se compreendidas em suas necessidades, como expressam os discursos a seguir:

a forma como vocês tratam a gente também... o jeito de falar... tudo assim, já ajuda a gente... sabe... nesse momento nosso. (Ana, GF)

a gente fica mais, comunidade mesmo, né... isso eu acho bonito, os médicos sentam lá, conversam... as enfermeiras... às vezes as psicólogas chegam perto da gente... elas que vão atrás da gente procurar ajudar, eu acho isso importante. (Luana, GF)

Esse aspecto foi também evidenciado por Caetano (2004) e Oliveira (1998), que destaca o apoio que a mãe recebe, inclusive dos profissionais, como fundamental para que ela possa vivenciar o seu papel de acompanhante.

A análise dos discursos revela que a participação das mulheres-mães nas atividades de lazer e em outros atendimentos grupais realizados pela equipe multiprofissional possibilita que elas se distanciem da difícil situação que estão vivendo e compartilhem momentos de alegria e descontração.

Tivemos uma sessão com a terapeuta ocupacional. Foi uma ótima oportunidade para conversar com as mães e estreitar as relações. Fizemos uma lembrança e não poderia imaginar que uma hora ao lado delas, trabalhando fosse tão bom. Conseguimos descansar a mente, aliviar a tensão e renovar as forças para mais um dia de luta. (Sandra, DP)

é tanta distração... assim, pelo menos vocês tentam proporcionar assim, bastante distração... trabalhinhos prá gente fazer... porque... acaba que a gente fica assim... com a mente bem turbulenta né... turbulenta mesmo, é tanta coisa na cabeça da gente né...e... distrai muito, ajuda muito mesmo... (Cláudia, GF)

Ah! Ontem teve um grupo que se chama grupo de reflexão. Foi muito bom, eu gostei, a gente reflete o que a gente está passando, ouve outros depoimentos, ajuda muito a gente. (Luciana, DP)

Meu dia hoje foi bom, aprendi a fazer um enfeite para por no berço do meu filho. Ficou lindo, vou guardar com todo carinho para colocar quando eu chegar em casa. (Luana, DP)

Durante um momento da observação participante no Alojamento Materno as mulheres-mães conversavam entre si sobre o desejo de saírem para passear. Propus a elas que fizéssemos um passeio no final de semana. O grupo mostrou-se bastante motivado. Sugeri que fôssemos à Lagoa da Pampulha onde encontraríamos muitas opções de lazer. O transporte foi disponibilizado pelo Hospital e, no sábado pela manhã, 8 mulheres-mães estavam prontas para o passeio. Fabiana, apesar de manifestar desejo de participar do passeio, disse que não teria coragem de deixar o filho sozinho no Hospital, sentir-se-ia culpada. As outras mulheres-mães tentaram convencê-la, mas ela optou por ficar no Hospital. Durante o percurso em direção à Lagoa da Pampulha, as mulheres-mães permaneceram em silêncio, atentas a todos os detalhes. Dentre as integrantes do grupo, 4 eram do interior e 4 de Belo Horizonte, mas nenhuma delas havia visitado o complexo arquitetônico da Lagoa da Pampulha. Visitamos a Igreja de São Francisco de Assis, a Casa do Baile e o Museu de Arte. Durante o passeio, elas expressavam o desejo de poder compartilhar desse momento com o companheiro e os filhos e fizeram planos de retornar ao local com eles. No decorrer do passeio, tivemos momentos descontraídos, onde cantamos, rimos e divertimo-nos. Alguns

meses depois, quando já trabalhava na análise dos dados do presente estudo, encontrei com uma das mulheres-mães que havia participado do passeio em um outro hospital da cidade, onde estava acompanhando o filho. Ela relembrou com alegria do passeio que fizemos e perguntou por que, no hospital onde se encontrava, não eram realizados passeios e atividades como as de que havia participado durante sua permanência no Alojamento Materno. Percebi que, mesmo vivenciando uma situação de sofrimento, participar do passeio possibilitou a essa mulher-mãe viver momentos de alegria, dos quais ainda guardava lembranças (*Diário de Campo*, p. 24-25).

Scochi et al (2004), ao avaliar a implantação de um Programa para pais de recém-nascido de risco, concluíram que as atividades de lazer e recreação favoreceram tanto a diminuição do estresse, como a socialização das mães que vivenciam a situação de hospitalização do filho.

Gomes (1999), no estudo sobre as repercussões familiares da hospitalização de recém-nascido de risco na UTIN, destaca que a criação de um espaço para trabalhar as vivências da família possibilita a expressão de sentimentos, de esclarecimentos sobre a evolução clínica e de troca de experiências entre os pais cujos filhos estão em diferentes estágios de evolução clínica, além de dar apoio informativo e emocional aos pais.

Vasconcelos, Leite e Scochi (2006), ao descreverem a experiência de implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante (GAMA) de recém-nascido pré-termo e

de baixo peso em um hospital do Recife/PE, constaram que o GAMA modificou o significado de ser mãe acompanhante, pois favoreceu novas amizades, aconselhamentos e troca de experiência, minimizando os efeitos indesejáveis da hospitalização. As autoras recomendam a utilização de estratégias dessa natureza pelos profissionais de saúde na prática clínica, consolidando uma concepção ampliada do fazer saúde no contexto hospitalar.

A análise dos discursos evidencia a necessidade de acolhimento e suporte emocional para as mulheres-mães de recém-nascidos internados na UTIN. Assim, além do domínio e da competência técnica, é fundamental que os profissionais de saúde estabeleçam interações efetivas com essas mulheres, apoiando-as na experiência de vivenciar o nascimento e a hospitalização do filho prematuro ou doente, contribuindo para minimizar seu sofrimento e sua angústia.

A análise dos discursos revela, ainda, que a oportunidade de a mulher-mãe permanecer junto ao filho durante a internação na UTIN, é uma estratégia que favorece tanto à mãe quanto ao recém-nascido. As mulheres-mães relatam, nos discursos, que consideram importante a sua presença junto ao filho em período integral o que possibilita a ela transmitir-lhe amor e carinho e contribuir para a sua melhora. Contudo foi evidenciado, no grupo focal e no diário da participante, que o Alojamento Materno é considerado pela mulher-mãe como um benefício oferecido a ela pela instituição e não como o cumprimento de um direito já garantido:

(...) os nossos filhos, se a gente tiver perto a tendência deles é ficar melhor mais rápido, porque tem a presença. Em outros hospitais não tem. Você vê seu filho só na hora da visita. (Dolores, GF)

É bom porque só da gente ter um lugar prá ficar junto do nosso bebê, de poder chegar lá, de ver ele na hora que a gente quiser... e assim, muita gente mora longe e não tem condições de ficar indo e vindo todos os dias, e o bebê precisa da mãe ali junto dele... (Soraia, GF)

A gente tá em contato com o neném e... a gente tem alimentação... tem tudo aqui né... eu acho que... foi excelente esse Alojamento, a gente só tem que agradecer, eu pelo menos só tenho que agradecer de tá aqui pertinho da minha neném, eu só tenho que agradecer. É muito importante. E todos deveriam seguir esse exemplo, né? Todas as maternidades. A mãe estar próximo do bebê. É bom pro bebê também né...(Cláudia, GF)

Uma mulherzinha legal (voluntária Amiga da Família) me levou para o Alojamento Materno, me perguntou se eu queria ficar aqui no Sofá como acompanhante do meu filho. Me assustei porque foi o primeiro hospital que pode ficar acompanhante. Minha resposta: é claro que sim. Ficar perto do meu filho, transmitir amor, carinho prá ele qual a mãe que não quer? (Lorena, DP)

Bowbly (1995) aponta que a presença da mãe junto ao recém-nascido favorece a formação de uma base segura para o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho. Segundo o autor, a manutenção do contato entre o recém-nascido e seus pais pode ser considerado como o primeiro princípio da assistência psicológica à criança doente, favorecendo a prevenção de alterações futuras na sua saúde física e mental.

Davis, Mohay e Edwards (2003) realizaram uma meta-análise, utilizando artigos publicados entre 1960 a 2002, que enfocavam o envolvimento materno no cuidado do recém-nascido prematuro. Os autores verificaram que as pesquisas recentes confirmam que é fundamental a qualidade da interação entre mãe e filho para o desenvolvimento do recém-nascido pois influencia nas condutas comportamentais do bebê a curto e longo prazo e modela a arquitetura cerebral.

Cabe ressaltar que, quando o hospital não permite a presença da mãe junto ao filho durante a hospitalização em período integral, ele está descumprindo as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991) e comprometendo o desenvolvimento físico e emocional do recém-nascido em decorrência da separação do binômio mãe-filho.

6.2.5 A descoberta de novos sentidos

A análise dos dados dos grupos focais, da observação participante e dos diários das participantes, permite apreender que o nascimento do filho representa uma profunda mudança na vida da mulher, assim como a construção de uma nova identidade: a identidade materna.

Percebi pela análise dos discursos que, mesmo para aquelas mulheres que já tiveram outros filhos, ao vivenciar a condição de ser mãe de um filho prematuro ou doente, refletem acerca do que é ser mãe e transformam-se frente a essa descoberta.

Os discursos evidenciam que a nova identidade é vivenciada pela mulher não apenas objetivamente, com todas as tarefas e responsabilidades atribuídas à maternidade, mas também subjetivamente, favorecendo uma nova percepção da maternidade e da figura materna.

tenho um aprendizado assim... porque antes eu não sabia falar direito com minha mãe. Às vezes falava com raiva... mesmo jeito era minha irmã. Hoje não. Hoje eu sei o que é

*uma mãe. Hoje eu... com certeza eu não vou falar o que eu falava com a minha mãe. (...)
Hoje eu sei dar valor a ela. Porque antes não. Eu pensava que ter um filho era só ter e pronto, mas não é assim não. Ce sente o que ele ta passando. (Lorena,GF)*

Inclusive em dizer assim... a gente num é de chegar perto da mãe e falar assim “ô mãe, eu te amo”, né... Meu menino chegou perto de mim e disse assim “ô mamãe, eu te amo tanto... até dói meu coração!”. Ele falou desse jeito comigo, mas me deu aquela emoção tão grande... Aí eu fui e cheguei perto da minha mãe também e falei assim “ô mãe, eu te amo”. Ela chorou na hora! Ela chorou. Ela falou assim “nossa filha...”. (Cláudia, GF)

Ser mãe não tem explicação, só quando a gente tem um filho sabe o que acontece, a vida se transforma, passamos a ser mais mulher, a valorizar a nossa mãe e a vida. (Lorena, DP)

eu com meu filho, ele chora de dor eu já quase morro, entendeu, então aí eu sei o que ela (mãe) sentia, qual era o verdadeiro sentimento dela (se emociona) sabe... . (Ana, GF)

Os enunciados podem ser referenciados aos achados de Maldonado (1989) para quem a mulher, no desempenho do papel materno, vivencia um processo de “identificação” com o modelo de ser mãe representado por sua própria mãe, ou pela pessoa que preencheu a função maternal.

Os relatos a seguir evidenciam que a permanência da mulher-mãe no Alojamento Materno e as dificuldades enfrentadas em decorrência da necessidade de internação do filho configuram-se como uma possibilidade de aprendizado e descobertas. As entrevistadas revelaram que, à medida que vivenciam esse momento, elas refletem sobre sua vida e transformam a sua forma de ser e de perceber o mundo.

De tudo, de tudo, é uma experiência que nos faz enxergar nos pequenos detalhes grandes coisas, importantes para nosso viver. (Luciana, DP)

Queria que nada disso tivesse acontecido, mas sei que quando tudo isso acabar encontrarei alguma coisa boa em tudo o que aconteceu, talvez o que mais exalte seja o amadurecimento, nunca passei por uma experiência nem parecida com essa. Mas tudo isso nos faz refletir melhor a respeito de nossas vidas e o que estamos fazendo dela. (Carla, DP)

Eu acho que com a Vitória tando aqui, serve pra mim pensar na minha vida, pensar na minha...na... no... igual ela falou, pensar na minha... no que eu faço disso tudo. (Paula, GF)

Aqui é um lugar que a gente aprende a esperar. Eu nunca soube esperar na vida, como é o meu caso, e aqui você aprende a esperar. Você espera um dia, dois, três... (...) Eu falo que é um tempo de espera, é um tempo de espera... (Dolores, GF)

Aqui é um preparo pra vida. Quando a gente sair daqui, sabe... a gente ter mais paciência com tudo lá fora. A gente aprender a lidar com as pessoas que estão lá fora. Porque... aqui é uma escola... diz que... a escola da vida é a que ensina né? Aqui é uma escola. Não tem uma pessoa que entra aqui dentro que vai praquele Alojamento ali, que fica com o filho na UTI que sai sem uma experiência de vida. A pessoa entra com uma personalidade aqui dentro, ela sai com outra. (Dolores, GF)

Oliveira e Ângelo (2000), ao buscar compreender os significados que o familiar acompanhante atribui à experiência de vivenciar a hospitalização da criança bem como suas repercussões na família, constataram que o sofrimento possibilita à mãe transformar a sua relação com a vida. No embate com o sofrimento, ela aprende a perceber o outro e a desenvolver-se como ser humano. Assim, ao vivenciar o sofrimento, a mãe tem a oportunidade de olhar para dentro de si, refletir e reorientar as suas ações na vida.

A análise dos discursos permite inferir que a decisão da mulher-mãe de permanecer no Alojamento Materno é vivenciada por ela como uma experiência de perdas e ganhos. A mulher-mãe perde ao ter que se distanciar da família e dos outros filhos, a sua cotidianidade familiar como também suas outras atribuições como mulher e trabalhadora. Por outro lado, ela ganha a possibilidade de construir novos laços de

solidariedade e amizade com outras mulheres-mães, adquire confiança e habilidade para o cuidado do filho e, ao perceber esse momento como uma oportunidade para refletir sobre a sua vida, descobre, re-significa e atribui novos sentidos a ela.

6.2.6 Compromisso, participação e aprendizagem no cuidado com o filho

A análise dos discursos permitiu evidenciar que permanecer junto ao filho hospitalizado foi relatado como uma prioridade para as mulheres-mães. Essa prioridade pode estar relacionada a fatores determinados, histórica, cultural e socialmente, pela idéia de que o amor incondicional que a mãe nutre pelo filho é inquestionável e inerente a sua condição de ser mãe, sacrificando-se e abdicando-se de suas necessidades para permanecer junto dele.

Segundo as entrevistadas, a decisão de ficar no Alojamento Materno foi movida pelo desejo de acompanhar o tratamento do filho e de vê-lo recuperar-se e desenvolver-se. Percebi, na observação participante, que as mulheres-mães estabelecem um compromisso com a recuperação do filho, o que elas relataram como fundamental para que se sintam encorajadas a enfrentar as dificuldades decorrentes de sua permanência no hospital.

no Alojamento, o meu objetivo ali dentro do Alojamento, a permanência é pelo Gabriel, sabe... isso aí... o objetivo primordial é ele. (Fabiana, GF)

no início é difícil ficar aqui, mas é o único meio para ficarmos mais perto de nosso filho, acompanhando o andamento do tratamento (...).(Raquel, DP)

é difícil ficar longe de casa, mas eu farei o que for preciso para ficar perto do meu filho. (Luana, DP)

Já estou no hospital há 2 meses, longe da minha família, amigos, longe de tudo. Mas a recompensa disso tudo é maravilhosa. Só de vermos nossos filhos bem é muito gratificante, vale qualquer sacrifício. Só uma mãe sabe o quanto é importante a recuperação da saúde de seu filho. (Fabiana, DP)

pra mim é importante (permanecer no Alojamento Materno) porque eu estando aqui eu posso estar junto do meu filho, e saber de muitas coisas sobre o meu filho: como ele passou, como ele está... Pra mim é importante por isso, poder estar ao lado dele. (Lorena, GF)

Para Stasevskas (1999), há uma idealização da mulher como mãe, desumanizando-a, já que há uma negação e um desprezo dos sentimentos que estejam distantes dos altruísticos. Segundo a autora, a essência de ser mãe, traduzida como instinto materno é uma dura exigência feita às mães, negando-lhes o direito de ter sentimentos antagônicos ou contrários à dedicação perfeita.

Acrescido a esses aspectos que emergiram na análise dos discursos com relação à decisão da mulher-mãe de permanecer no hospital, reconheço que existe um aparato legal e institucional, bem como o discurso dos profissionais de saúde quanto à responsabilidade da mãe e os benefícios de sua permanência para o bebê. Assim, frente ao conjunto de argumentos utilizados na instituição, é muito difícil para a mulher-mãe decidir não permanecer no Alojamento Materno, como evidencia o enunciado a seguir:

Ela (terapeuta ocupacional) conversou comigo e o meu marido sobre o Alojamento Materno, que seria bom eu ficar perto do neném. Sei que poderia ser difícil ficar longe de casa, mas seria bom para eu poder estar perto do neném, podendo saber tudo sobre ele. (Maria, DP)

Nesse contexto, como profissional de saúde que atua na instituição, observo que, frente à decisão da mulher-mãe de não permanecer no hospital, os profissionais de

saúde manifestam sentimentos quanto à mãe que não se responsabiliza pelas necessidades de cuidado do filho, apesar de o hospital oferecer-lhe todas as condições para estar junto dele. Assim, a conquista legal do direito de permanência dos pais na UTIN não deve ser confundida com um dever ou uma obrigação a ser cumprida, mas sim como um direito que deve ser precedido pela escolha da mulher-mãe, a ser feita de acordo com as suas condições emocionais e físicas, e com as condições de sua família.

Na análise dos discursos, verifiquei que a presença constante da mulher-mãe, junto ao filho hospitalizado, favorece a aquisição de informações sobre a evolução das condições clínicas do recém-nascido. Sobre esse aspecto, Bialoskurski, Cox e Wiggins (2002) realizaram uma pesquisa quantitativa com 209 mães de bebês internados em UTIN, com o objetivo de investigar a natureza das necessidades e prioridades maternas no ambiente de cuidado intensivo neonatal. As pesquisadoras constataram que as mães apresentaram um comportamento altruístico e que as necessidades relacionadas a elas, como apoio emocional, ficaram em segundo plano. Revelou-se claramente como prioridade materna, totalizando 93% das entrevistadas, obter informações precisas e claras sobre o seu bebê.

Durante a observação participante, pude constatar que no momento da chegada da mulher-mãe à instituição ela apresentava sinais de muita ansiedade e tensão. Mas, à medida que se passavam os dias de internação do recém-nascido na UTIN, e que a mulher-mãe ia se apropriando do novo cotidiano, ela apresentava um nível de ansiedade reduzido e as expressões de angústia e medo presentes em sua face

atingiam contornos menos rígidos. Cabe ressaltar que esse comportamento não era observado de forma linear em todas as mulheres-mães, podendo estar relacionado à evolução do recém-nascido, e às singularidades e modos de ser de cada uma delas.

Na instituição-cenário desta pesquisa a “passagem de notícias”, como é chamada pelos pais e pela equipe de saúde, é o momento no qual os pais são informados sobre as condições de saúde do filho pelo (a) médico (a) neonatologista. A informação aos pais dos recém-nascidos internados na UTIN é fornecida, de segunda a sexta, sem um horário pré-estabelecido e, nos finais de semana, os pais recebem informações apenas quando acontece alguma intercorrência com o seu bebê.

Durante a observação participante foi-me possível perceber que a “passagem de notícias” causa uma grande mobilização nas mulheres-mães. Observei que elas organizavam as suas atividades como ordenha, banho e ida em casa, de acordo com a “passagem de notícia”, sendo que interrompiam qualquer atividade que estivessem realizando no momento em que eram chamadas à UTIN para receber informações sobre o filho.

As mães são chamadas no Alojamento Materno para a passagem de notícia. Descem para a UTIN e ficam ao lado do leito do seu bebê. O médico, ao aproximar-se de cada uma das mães, fornece as informações sobre o recém-nascido. Durante a notícia sobre os bebês percebo apreensão no olhar das mães. (...) Paula quer saber porque seu bebê fez uma apnéia. O médico esclarece que foi devido a um quadro infeccioso. Paula busca esclarecer suas dúvidas sobre o tratamento do bebê. Ao final das informações mostra-se aliviada e esboça um sorriso. (Diário de Campo da Pesquisadora, 28/10/05)

Sobre esse aspecto, Loo et al. (2003) consideram que, para os pais enfrentarem o estresse pela hospitalização do filho na UTIN, é fundamental que tenham conhecimento dos sinais físicos e do comportamento do bebê. Essa medida tem um papel relevante na redução do nível de estresse desses pais.

Hurst (2001), ao realizar um estudo etnográfico com mães de recém-nascidos internados em UTIN com o objetivo de conhecer as estratégias utilizadas por elas para atender às suas próprias necessidades, constatou que a busca de informações foi o caminho encontrado pelas mães para desenvolverem o seu próprio conhecimento a respeito de seus bebês. Segundo a pesquisadora, fazer perguntas para os profissionais de saúde e obter respostas foram cruciais para a mãe tornar-se habilitada a atender às necessidades de cuidado relacionadas ao filho.

Dada a importância da informação sobre o filho para a mulher-mãe, parece importante indicar que os profissionais de saúde devem considerar e compreender as necessidades e demandas das mulheres-mães ao receberem informações sobre o filho e desenvolver ações que favoreçam a interação adequada entre as mulheres-mães e os profissionais de saúde, minimizando os efeitos que a falta de informação pode causar.

Considero que o significado da “passagem de notícias” deve ser ampliado não se limitando a uma informação fornecida pela equipe à mulher-mãe. A “passagem de notícias” revela-se importante instrumento para atender às demandas e necessidades da mulher-mãe, e deve ser repensada como um momento

fundamental de comunicação entre a equipe de saúde, a mãe e a família. Deve acontecer em uma relação dialógica entre os profissionais de saúde e a mulher-mãe, buscando-se reconhecer as suas perguntas e dúvidas e acolhê-la em seus incômodos e incertezas.

Durante a observação participante, verifiquei que as mulheres-mães conversam sobre a situação de seus recém-nascidos e de suas dúvidas e questionamentos. É necessário reconhecer que existem inúmeras interações da mulher-mãe com a equipe de saúde além do momento da “passagem de notícias”.

As mulheres-mães deixam transparecer em seu discurso que a relação que elas estabelecem com o filho é marcada pela cumplicidade, onde mãe e filho desenvolvem uma comunicação própria na qual ela o compreende e também se sente compreendida por ele:

Hoje acordei cedo e fui ver minha princesinha na UTI. Ela estava agitada. Sentei próximo a ela e pela primeira vez conversei sério com ela. Disse que ela deveria ficar calma para conseguir respirar sozinha. Falei que o irmãozinho dela queria muito vê-la e que ele guardou um bonequinho do homem-aranha para ela. Ela deu um sorrisinho, foi tão lindo, fiquei muito feliz. (Cláudia, DP)

eu chego lá (UTIN) aí ela (filha) vai e... ela tá agitada, eu converso com ela assim, ela vai acalma assim... tranqüiliza... (Paula, GF)

Essa constatação vai ao encontro do relatado por Brazelton (1988, p. 13), que considera o bebê “*um indivíduo surpreendentemente bem organizado quando do nascimento, pronto para enviar sinais quando as coisas estão indo bem e quando não*”.

A análise dos dados dos grupos focais e dos diários das participantes evidenciou que, à medida que as mulheres-mães informam-se e aprendem a conhecer os seus filhos, adquirem uma compreensão e um saber específico sobre os mesmos. Elas manifestaram que, mais do que qualquer outra pessoa, conhecem profundamente o filho, sabem do que ele precisa e relatam a disponibilidade de usar esse saber em defesa do bem-estar do filho.

(...) às vezes você chega lá você nem precisa de médico te falar, é isso que é o importante né... de tá 24 horas com o neném, às vezes você não precisa de notícia, porque você tá vendo pra ele, você tá 24 horas, se tiver intercorrência você tá vendo... cê olhando pra ele, tá perto dele, né... eu sei de tudo que o Diego... tudinho. (Karine, GF)

A Aline ficou cansadinha, pedi para olhar ela e elas (equipe) achou melhor levar para a UTI, mais graças a Deus ela está bem melhor (Flora, DP)

eu sei quando tem uma coisa de errado, eu não consigo distinguir né... o quê que é... não... igual as enfermeiras tudo sabe o quê que tem, mas eu só sei que no olhar dela (filha), na expressão dela (filha) tem alguma coisa diferente. (Dolores, GF)

a gente às vezes vê uma coisa que a gente é mãe e eles num vê, porque também eles... eles num ficam também só por conta de um né... ele tem que ficar com vários. (Cláudia, GF)

Mas a minha menina, só deu olhar prá ela, antes dela voltar prá UTI pela primeira vez eu já sabia que ela ia ter que voltar... eu já sabia que ela tava sentindo mal (...) ela tá sentindo gente! “não tá não”, médico vinha, enfermeira vinha: “não tá Dolores” e eu: “tá sim!”, “não tá”, aí ficava aquela briga: tá num tá, tá num tá. Conclusão: tava. Voltou pro tubo. . (Dolores, GF)

eu cheguei lá de manhã e ela tava muito agitadinha, aí eu fui e falei com a enfermeira que tava cuidando assim: “cês aspiraram o narizinho dela? Porque a médica pediu prá aspirar de três em três horas o nariz dela porque se aspirar muita secreção ela fica agitada porque ela não consegue respirar”. Aí a menina falou assim: “não, ainda não”. Aí eu falei assim “não, aspira o nariz dela porque ela deve tá agitada por isso.” Aí tá... aí ela não aspirou não, aí eu fiquei lá esperando, ainda... por isso que ela falou que cobro mesmo... aí eu falei assim : “aspira o narizinho dela que ela vai ficar melhor”. Aí ela... a própria menina que tava lá... era auxiliar né... ela foi lá e aspirou, ela tava muito agitada mesmo, ela foi e tirou bastante secreção do nariz dela, tava mesmo com secreção, aí ela foi e dormiu! Ela ficou tranquilinha depois que aspirou o narizinho dela. Ela foi e falou assim: “é verdade, aí”, até a auxiliar falou assim: “é verdade, ela tava querendo que aspirasse o narizinho dela”. (Cláudia, GF)

Contudo, os dois últimos relatos evidenciam uma contradição, pois, ao mesmo tempo em que é favorecida a construção do saber da mãe em relação ao filho e o tratamento recebido, a mãe não tem o seu saber reconhecido e legitimado pelos profissionais de saúde que prestam assistência ao seu filho. Nesse sentido, há uma disputa entre o saber que irá prevalecer - o da mãe ou o do profissional - determinando os limites da participação da mãe no cuidado.

Esse achado vai ao encontro do relatado por Lamy (2000) que, ao estudar as interações que se estabelecem na UTIN a partir da participação da mãe durante a hospitalização do filho, observou que tal participação faz com que se redesenhem os saberes e poderes que atravessam as interações que ocorrem nesse espaço. Os profissionais de saúde não são os únicos detentores do saber, contudo ainda não se alcançou um modelo no qual a mãe seja integralmente respeitada em seus direitos e necessidades, onde sejam incorporados os dois saberes que se completam: o da mãe e o dos profissionais.

O enunciado a seguir evidencia que, para a mulher-mãe, a autonomia para realizar o cuidado com o filho bem como para decidir o que acredita ser melhor para ele, ela só terá quando for para casa. Apesar de a instituição garantir a sua participação no cuidado do filho, essa participação ainda é limitada. Prevalece, na relação da mulher-mãe com a equipe, o saber formal, distinto do dela; mesmo assim, ela continua convencida de que ela é a pessoa capaz de reconhecer as necessidades de cuidado do filho:

em casa, sabendo que ele já tá em casa, vai ser diferente, eu sei que eu vou poder pegar ele a hora que eu quiser, que eu vou tá mais tranqüila com ele, claro que eu vou observar

ele, o olho da né... porque como eles falam: "o olho da mãe é que conhece o filho", realmente. (Luana,GF2/55)

Esse aspecto foi relatado por Lopes (2005) ao realizar um estudo para compreender como se configura o cuidado domiciliar oferecido pelas mães durante o período de internação no Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID-Neo). Segundo a autora, durante o cuidado prestado no domicílio, a mãe passa de expectadora a protagonista, exercendo sua autonomia e reafirmando-se como mãe.

Nesse sentido, percebo que a presença da mulher-mãe em período integral junto ao filho na UTIN não assegura a sua inclusão e participação no cuidado. A partir dos dados obtidos por meio das observações e dos grupos focais, posso constatar que a equipe de saúde ainda não avançou em um modelo de atenção no qual a mãe não seja apenas a executora de algumas tarefas referentes ao cuidado com o filho delegadas pela equipe de saúde, mas participante na tomada de decisões baseada nas necessidades do filho.

Fica expresso nos enunciados a seguir que a impossibilidade de amamentar o filho ao seio é motivo de tristeza para a mulher-mãe:

o nosso sentimento fica meio abalado porque... nem tudo prá gente né... é... assim... tá bom né... porque o melhor prá gente é tá em casa com o neném saudável né...e a gente poder dá mamá prá ele, porque a maioria das mães num pode amamentar né... dá o peito diretamente na boquinha do neném. (Andréia, GF)

[...] hoje tudo que mais quero é que meu filho fique bem e venha logo para os meus braços, amamente em meu peito, olhe para mim e dê um sorriso. (Carla, DP)

Eu estava doida para amamenta-la, no dia que eu desci e a enfermeira me falou que era pra coloca-la para sugar eu fiquei muito feliz. (Lilian, DP)

Verifica-se assim que alimentar o filho, mesmo através do leite ordenhado, continua sendo um vínculo importante da mãe com o recém-nascido.

A esse respeito Gomes et al. (1997) consideram que a ordenha do leite materno tem sido bastante positiva no estabelecimento do vínculo entre a mãe e o filho, uma vez que elas se sentem satisfeitas por alimentá-los e dar-lhes algo que é seu. Assim, segundo as autoras, aproximam-se de uma situação de normalidade, o que possibilita que se sintam menos excluídas e inseguras no cuidado com o filho.

Para Bell et al. (1995), a amamentação constitui a única forma de contribuição da mãe para o bem-estar do filho durante esse período crítico, devendo ser estimulada mesmo quando a sucção ao seio materno está impossibilitada. Ressaltam ainda que é uma oportunidade para que a mãe se sinta parte da equipe de saúde. Segundo Javorski et al. (2004), para que a amamentação tenha sucesso são necessários o apoio e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as particularidades do momento vivenciado pela mãe. Nesse contexto, é necessário que os profissionais de saúde adotem abordagens que ampliem o objeto da ação para além do corpo anátomo-fisiológico e que contemplem os aspectos multifatoriais da amamentação materna.

O relato de uma participante ajuda a relacionar as considerações das autoras, com o evidenciado nos discursos das mulheres-mães que se sentem integrantes da equipe:

Minha princesa está respirando sozinha! Estou muito, muito feliz! A dieta está aumentando e agora começamos a estimular a sucção para que ela possa mamar o mais rápido possível. (Sandra, DP)

A observação participante possibilitou perceber que o processo de aprendizagem e de capacitação da mulher-mãe para o cuidado com o filho internado ocorre durante todo o tempo em que ela permanece na instituição. A mulher-mãe aprende observando os profissionais de saúde, trocando experiências com outras mulheres-mães que vivenciam a mesma situação e, por meio das atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional, como os grupos de orientação ao aleitamento materno e de cuidados com o bebê.

O enunciado a seguir permite reconhecer que a permanência no Alojamento Materno, além de possibilitar à mulher-mãe estar junto do filho, é também a oportunidade de ela adquirir conhecimentos relativos ao cuidado do filho, favorecendo o desenvolvimento de sua autoconfiança para cuidar dele, e sua capacitação para o cuidado após a alta hospitalar.

Prá mim tá no Alojamento Materno, estar perto do meu bebê foi assim... conhecer, ver o tratamento dele... ver o que ele tá passando... dar força prá ele... sabe, assim... quando ele sair daqui... acontecer alguma coisa assim... eu já sei, entendeu?(Karine, GF)

Lopes (2005) constatou em seu estudo que a permanência da mãe junto ao filho durante a internação na UTIN possibilitou esse aprendizado com relação aos cuidados com o filho, sendo que o aprendizado se deu através de observação e também ao realizar algumas ações cuidativas com a permissão da equipe de enfermagem. Segundo a autora, a maneira como as mães vivenciam o momento da internação hospitalar e o relacionamento estabelecido com a equipe assistencial

são fatores importantes que podem influenciar o desejo das mães de participar do cuidado do filho.

Esse achado foi analisado também por Melo (1998) que, ao realizar um estudo com o objetivo de apreender os cuidados domiciliares prestados à criança prematura e de baixo peso, no primeiro mês de vida, após alta hospitalar, constatou nos relatos das mães dois aspectos relevantes relacionados ao período de hospitalização do bebê: o aprendizado para o cuidado com o filho e sentir-se confiante para o cuidado no domicílio.

Na instituição-cenário do estudo foi observado que a participação da mulher-mãe no cuidado com o filho internado na UTIN inicia-se com o estímulo e a orientação ao aleitamento materno, mesmo quando a criança está impossibilitada de sugar o seio. Percebe-se um grande comprometimento das mulheres-mães em retirar o leite nos horários das dietas e em administrá-lo a seus filhos. À medida que o recém-nascido apresenta uma melhora a mulher-mãe passa, gradativamente, a realizar alguns cuidados com ele, principalmente cuidados higiênicos e alimentares. Esses cuidados são realizados com o auxílio da equipe de enfermagem, em especial do técnico de enfermagem.

Contudo, foi possível perceber, durante a observação participante, que a inclusão da mulher-mãe no cuidado do filho, apesar de a equipe de saúde já ter conhecimento de sua importância, sofre a interferência do processo de trabalho na unidade e do interesse do profissional em orientá-la e incluí-la nas ações cuidativas.

A complexa rotina de trabalho da UTIN faz com que a equipe de saúde, na maioria das vezes, coloque em segundo plano a participação da mulher-mãe no cuidado de seu filho. Dessa forma, entre o discurso sobre a importância da participação da mãe no cuidado do filho e o que realmente ocorre na prática, há um grande caminho a ser percorrido. Em decorrência disso, presencia-se a necessidade de mudanças em todo um sistema tecnológico dominante e na reorganização do processo de trabalho dentro da UTIN com vistas a incorporar efetivamente a mulher-mãe no processo de cuidado.

Segundo Gaíva e Scochi (2004), os serviços de saúde mostram um discurso que sinaliza para a inserção da família no cuidado neonatal. Contudo isso é dificultado pela escassez de recursos, pela filosofia de trabalho e pela falta de sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde frente às novas necessidades que se colocam no processo de trabalho.

Segundo as autoras

Verifica-se a necessidade de transformações nesse processo de trabalho, com vistas a ampliar o objeto de ação por meio da inserção da família como sujeito e objeto do trabalho, rumo à construção de um novo modelo assistencial que visa à humanização da assistência ao prematuro e sua família (GAÍVA; SCOCHI, 2004, p. 476).

A possibilidade de a mulher-mãe tornar-se participante no processo de cuidado bem como na tomada de decisões, está diretamente relacionada à forma como são organizadas as ações assistenciais na UTIN e ao reconhecimento da importância da mulher-mãe no processo de cuidado do filho hospitalizado. A construção desse

novo modelo está pautada, principalmente, na interação estabelecida entre a mulher-mãe e os profissionais de saúde.

Reconheço que se faz necessário repensar o lugar ocupado pelas mulheres-mães no processo de cuidado do filho internado na UTIN, para que não sejam excluídas desse processo mesmo estando em tempo integral na instituição, mas tidas como parceiras, responsáveis por compartilhar o cuidado.

Assim fica o recomeçar para aumentar as alternativas das mulheres/mães participarem do cuidado do recém-nascido, expresso por elas como desejo, necessidade e possibilidade.

7 COMEÇAR DE NOVO

A realização deste estudo permitiu-me ampliar o convívio com as mulheres-mães que permaneciam no Alojamento Materno durante a internação do bebê na UTIN do HSF. Os dados empíricos evidenciaram que, para muitas, a permanência na instituição gerava angústia e sofrimento, mas era a possibilidade que tinham de ficar junto ao filho. Verifiquei que, durante a permanência da mulher-mãe a Instituição oferecia, além de condições de repouso e alimentação, um acompanhamento da equipe multiprofissional, mas que esse acompanhamento era norteado pelo que os profissionais de saúde consideravam como necessidades das mulheres/mães.

A convivência com as mulheres-mães, sistematizada por meio de observações, grupos focais e registros em diários de campo, aproximou-me das múltiplas dimensões da realidade vivida por elas durante a sua permanência no Alojamento Materno, revelando contradições presentes nessa realidade.

Nesse percurso, vivi momentos inquietantes, invadida por dúvidas e temerosa por não estar captando os significados do ser mulher-mãe acompanhante implícitos em cada depoimento e registros maternos.

Ao encerrar essa etapa do meu trabalho, aflora em mim o sentimento de muitas descobertas mas a certeza de que o caminho percorrido não conclui o assunto.

Vislumbro novas possibilidades de desdobramentos das idéias aqui apontadas, no sentido de repensar a assistência oferecida ao recém-nascido e à sua mãe-família, fortalecendo-a e reconhecendo-a como integrante da unidade cuidadora, mas que também precisa ser cuidada.

A análise dos discursos e o diálogo estabelecido com os autores permitiram apreender que os sentimentos evidenciados pela mulher-mãe como medo, incerteza, insegurança e culpa, podem ser considerados inerentes à situação por ela vivenciada.

Essa constatação reforça a necessidade, para os profissionais de saúde, ao assistirem o recém-nascido, de considerarem as particularidades da situação vivenciada pelas mulheres-mães e a importância dos espaços de escuta e diálogo, possibilitando, a cada uma, expressar seus sentimentos e conflitos, auxiliando-as no enfrentamento da condição de ser mãe de recém-nascido internado na UTIN.

A partir de minha convivência e da análise dos dados obtidos dos diálogos com as mulheres-mães, aprendi que elas têm muito a dizer sobre sua vida e o momento que estão vivenciando, e que somente uma escuta sensível e atenta torna possível ao profissional de saúde aproximar-se da realidade vivenciada por elas e conhecer suas reais necessidades.

Para as mulheres-mães a decisão de permanecer no Alojamento Materno está ancorada nos atributos de sacrifício e doação atribuídos social, histórica e

culturalmente à maternidade e que muitas delas incorporavam. Por outro lado, observei que a forma como os profissionais de saúde abordavam a mulher-mãe, orientando-a com relação aos benefícios de sua presença junto ao filho internado, poderia influenciar a decisão da mulher-mãe de permanecer na instituição e a responsabilidade pelo cuidado do filho. Acrescenta-se a esses aspectos, o sentimento expresso pelas mulheres-mães de incompreensão dos outros filhos, do companheiro e de outros familiares com relação à situação vivenciada por elas e sua escolha de permanecer no Alojamento Materno, o que acabava gerando conflitos e desagregação entre os membros da família.

Nesse contexto, parece-me pertinente indicar que os profissionais de saúde estabeleçam estratégias ampliadas de atendimento à família, de forma que as responsabilidades pelo cuidado com o filho sejam partilhadas e pactuadas entre todos os integrantes da família, não as deixando concentradas na figura da mulher-mãe. Acredito que a ampliação da assistência à família favoreça a construção de redes de apoio beneficiando o recém-nascido, a mulher-mãe e a própria família.

Nos dados analisados, o hospital surge como um espaço em que se estabelecem relações conflituosas, mas que também possibilita a construção de laços de solidariedade e afetivos que são considerados pelas mulheres-mães como uma importante fonte de apoio durante sua permanência no Alojamento Materno.

A infra-estrutura oferecida às mulheres-mães no Alojamento Materno permitindo-lhes condições de repouso e alimentação, bem como o acompanhamento por uma equipe multiprofissional, foram aspectos que se mostraram capazes de influenciar na qualidade da permanência delas na instituição e na relação que estabeleceram com o filho, a equipe de saúde e com outras mulheres-mães.

Nesse sentido, garantir o direito de permanência, em período integral, da mulher-mãe junto ao filho não se limita a seu livre acesso à UTIN, sendo fundamental que as instituições de saúde reconheçam as necessidades de cuidado da mulher-mãe e de sua família, buscando, para isso, adequações em sua infra-estrutura física, nas normas e rotinas e na estrutura político-administrativa.

A análise dos discursos possibilitou-me identificar que a presença constante junto ao filho tranquilizava as mulheres-mães pela possibilidade de atender às necessidades afetivas do filho e participar do cuidado. Para as mulheres-mães o contato físico com o filho e a participação no cuidado apresentaram-se como formas concretas de vivenciar a condição de “ser mãe”. As mulheres-mães manifestaram que, o amor pelo filho e o entendimento que possuem sobre as suas necessidades, eram justamente os fatores que distinguiam o cuidado realizado por elas daquele que qualquer pessoa poderia oferecer.

A importância de garantir os direitos e as condições de permanência da mulher-mãe junto ao filho na instituição não é questionada, uma vez que a criação e a manutenção do Alojamento Materno, no cenário deste estudo, devem-se a uma decisão político-institucional, independente do financiamento do SUS. Quanto aos profissionais de saúde, eles demonstram saber da importância dos cuidados realizados pela mãe para o desenvolvimento físico e mental do recém-nascido. Percebe-se porém que, tanto a garantia desse direito quanto esse conhecimento por parte da equipe de saúde, nem sempre são suficientes para incluir a mulher-mãe no cuidado do filho.

É indiscutível que oferecer condições de permanência para a mulher-mãe em período integral na instituição, por meio da criação do Alojamento Materno, constitui-se um avanço na construção da integralidade da assistência. Mas, percebe-se que essas condições não garantem que a presença da mulher-mãe dê-se em uma perspectiva de participação, considerando-se sua inserção de forma efetiva como elemento importante do cuidar.

A realidade evidenciada neste estudo revela que a necessidade da mulher-mãe de oferecer ao filho afeto e de participar do processo de cuidado não é reconhecida e legitimada pelos profissionais de saúde que demonstram, ainda, uma dificuldade em perceber as múltiplas dimensões da condição de ser mulher-mãe acompanhante de um bebê internado na UTIN.

Nesse sentido, a mulher-mãe deve ser incluída de forma ativa no processo de cuidado do filho, não permanecendo apenas na política institucional e no discurso dos profissionais de saúde e, a mulher-mãe, quase sempre, resignada a aceitar as regras impostas pela equipe de saúde. Para tanto, faz-se necessária a construção de novas formas de articulação entre saberes e poderes que envolvem a assistência ao recém-nascido em UTIN assim como em outros âmbitos. Os discursos evidenciam que a mulher-mãe, mesmo sem o domínio do conhecimento relativo ao aparato tecnológico utilizado na UTIN, tem seu saber e, a partir dele, determina uma nova relação de poder, assumindo uma postura reivindicativa e questionadora no que se refere ao cuidado do seu filho. Assim, este estudo permite evidenciar que a permanência da mulher-mãe na instituição transcende a sua necessidade e o seu compromisso de atender às demandas emocionais do filho, sendo importante para a qualidade da assistência oferecida.

Verifica-se que a inclusão da mulher-mãe no cuidado do recém-nascido internado na UTIN é dificultada pelo processo de trabalho da equipe de saúde, muitas vezes determinado por um fazer sobrecarregado, estressante e rotineiro. Esse fazer, orientado pelo modelo biomédico e curativo, dificulta o reconhecimento, pelos profissionais de saúde, da mulher-mãe como uma parceira no processo de cuidado.

Ainda que haja uma escuta sobre as necessidades da mulher-mãe, os profissionais de saúde que assistem o recém-nascido priorizam as tecnologias leve-duras e duras, centrados em procedimentos e equipamentos, desconsiderando as tecnologias leves que são aquelas do campo das relações que possibilitam aos

profissionais de saúde escutar o outro dentro de suas necessidades e singularidades.

Nesse sentido, acredito que para oferecer uma assistência ancorada na integralidade, faz-se necessário repensar as práticas assistenciais dos profissionais de saúde, incorporando as tecnologias leves como um elemento importante na produção do cuidado. Construir uma assistência que contemple os sentidos e significados da integralidade é um desafio e implica em uma disponibilidade para o exercício das tecnologias leves, possibilitando o encontro entre os profissionais de saúde e destes com a mãe/família, criando um novo modo de agir para a produção do cuidado.

Desse modo, parece-me fundamental indicar a realização da educação permanente voltada para os profissionais responsáveis pela assistência ao recém-nascido e sua família, no sentido de contribuir na formação e na capacitação desses profissionais, incorporando a compreensão do processo de saúde-doença em uma lógica ampliada. Outra estratégia a ser pensada é a sensibilização e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam na UTIN para participar das atividades realizadas com as mulheres-mães. A participação nessas atividades mostra-se como uma possibilidade de os profissionais de saúde interagirem com as mulheres-mães e conhecer suas reais necessidades. Nesse encontro, intermediado pelos diferentes saberes, são favorecidas a produção e a troca de conhecimentos entre mulheres-mães e profissionais de saúde.

Durante a realização deste estudo, ouvi de um dos meus orientadores: *“pense no seu trabalho como uma colcha de tear, com vários pontos de intersecção, como uma rede”*, sendo que essa associação com as colchas de tear era algo que sempre me vinha à mente no decorrer desta minha trajetória. As colchas tecidas em tear são geralmente muito coloridas, as cores se misturam ficando difícil distinguir onde termina uma e onde começa a outra. A arte de tecer exige movimentos ritmados e sincronizados, em que, fio após fio, vai-se formando uma trama de cores. O tecido é formado por fios de diversos matizes, intimamente ligados entre si, com vários pontos de intersecção. Esses pontos de intersecção entre um fio e outro dão consistência ao tecido tornando-o mais resistente e duradouro, mais permeável ou impermeável.

Assim, associar a assistência oferecida ao recém-nascido internado na UTIN e a sua família à idéia de uma colcha de tear, é considerar os fios enquanto os diversos atores inseridos nesse cenário, cada um com o seu colorido, ou seja, a sua especificidade. São os fios que possibilitam ao artesão dar forma à colcha, concretizando a sua existência. A relação que se estabelece entre os diversos atores – fios – é a de complementaridade sendo todos eles necessários para que a colcha exista. A resistência e a durabilidade do tecido dependem dos pontos de intersecção que podem ser mais ou menos firmes, ou seja, dependem de como se dá o encontro e o comprometimento entre os diversos fios que formam o tecido. Assim, a colcha continua sendo tecida e eu permaneço e me recomeço como um dos fios desse tear.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M et al. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 549-568, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BELL, E.H.; GEYER, J.; JONES, L. Astructured intervention improves breastfeeding sucess for ill or preterm infants. **MCN - American Journal Maternal Child Nursing**, New York, v.20, n. 6, p. 309-314, 1995.

BELLI, M.A.J.A.; SILVA, I.A. A constatação do filho real: representações maternas sobre o filho internado na UTI neonatal. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.165-170, set./dez. 2002.

BEZERRA, L.F.R.; FRAGA, M.N.O. Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.49, n.4, p.611-624, out./dez. 1996.

BIALOSKURSKI, M.M.; COX, C.L.; WIGGINS, R.D. The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 37, n. 1, p. 62-69, 2002.

BOUSSO, R.S.; ANGELO, M. Buscando preservar a integridade na unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.35, n.2, p.172-179, jun. 2001.

BOURDIEU, P. (Org.) **A miséria do mundo**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

BOWBLY, J. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 225p.

BOWBLY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BOWBLY, J. **Apego**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1990.

BOWBLY, J. Separation anxiet. **International Journal of Psychoanalysis**, London, v. 41, p. 89-113, 1960.

- BOWBLY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000. (Mimeo)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru – manual técnico**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informação sobre Nascimentos**.. Disponível em: www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/sisnasc/nvmap.htm
Acesso em: 4 abr. 2006.
- BRETHERTON, I. The origins of attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. **Developmental Psychology**, Washington, v. 28, n. 5, p. 759-775, 1992.
- BRAZELTON, T.B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988
- CAETANO, L.C. **Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família**. 2004. 179 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- CAETANO, L.C., SCOCHI, C.G.S., ÂNGELO, M. **Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família**. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 13, n.4, p. 562-8, jul/ago, 2005.
- CASATE, J.C.; CORRÊA, K.A. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 13, n.1, p. 105-111, jan/fev, 2005.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.
- CUNHA, M.L.C. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, n.esp., p.70-83, 2000.
- CYPRIANO, M.S.; FISBERG, M. Mãe participante: benefícios e barreiras. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4/5, p. 92-97, 1990.

DALL'AGNOL, C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Grupos Focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.

DAVIS, L.; MOHAY, H.; EDWARDS, H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford, v.42, n.6, p. 578-586, 2003.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995. 293 p.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DUARTE, E.D. “**Agora eu me sinto como uma mãe de muito tempo**”: a mulher que realiza o cuidado mãe canguru. 2001. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2001.

FERRAZ, M.A.; CHAVES, R.L. Bebês prematuros: aspectos emocionais envolvidos. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 32, n.7, p784-790, dez. 1996

FONSECA, R.M.G.S. **O materialismo histórico e dialético como teoria e método para a compreensão dos fenômenos sociais**. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1994. 43p.

GADOTTI, M. **Dialética do amor paterno**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003. (Coleção Questões da Nossa Época; v. 105)

GAÍVA, M.A. M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI Neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 22, n. 3, p. 469-76, 2004.

GOMES, A.L.H.; QUAYLE, J.; NEDER, M.; LEONE, C.R.; ZUGAIB, M. Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. **Revista de Ginecologia e Obstetricia**, São Paulo, v. 8, n.4, p. 205-208, 1997.

GOMES, M.M.F. **Ter um filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal**: o significado para os pais. 1992. 118f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1992.

GOMES, M.M.F. O nascimento de uma criança de alto risco: significado e vivência dos familiares. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 9, n. Esp., p. 48-56, 1996.

GOMES, M.M.F. **As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTIN**: construindo possibilidades de cuidado. São Paulo, 1999. 238f.

Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

GONÇALVES, M.A.S. **Sentir, pensar, agir: corporiedade e educação.** 4ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2000. (Coleção Corpo e Motricidade)

HELLER, A. **O cotidiano e a história.** São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (UNICEF 1995). **Planejamento estratégico do Hospital Sofia Feldman.** Belo Horizonte: Fundação de Assistência Integral à Saúde, 1998.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Indicadores 2005.** Belo Horizonte, 2005.

HURST, I. Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. **Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Frederick-MD, v. 15, n.2 p. 65-82, sep. 2001.

JAVORSKI, M.; CAETANO, L.C.; VASCONCELOS, M.G.L.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C.G.S. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 890-898, nov./dez. 2004

JOHNSON, D. Focus group. In: ZWEIZIG, D. et al. **Tell it!** Evaluation source book & training manual. Madison: SLIS, 1994.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. Assistência aos pais. In: KLAUS, M.H.; FANAROFF, A.A. (Orgs.), **Alto risco em neonatologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p.139-155.

KLAUS, M.S.; KENNEL, J.H. Bonding: recent observations that alter perinatal care. **Pediatrics in Review**, Elkgrove Village, v. 19, n. 1, p. 4-12, 1998.

KLAUS, M.S.; KENNEL, J.H. **Pais/Bebês: formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLAUS, M.S.; KENNEL, J.H.; KLAUS, P.H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 187p.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento, p. 91-102. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. 320p.

LAMEGO, D.T.; DESLANDES, S.F.; MOREIRA, M.E.L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 669-675, 2005.

LAMY, Z.C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva.** 1995. 200f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 1995. 200p.

LAMY, Z.C. **Unidade neonatal:** um espaço de conflitos e negociações. 2000. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde da criança e da mulher) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000,

LAMY, Z.C. Metodologia Canguru: facilitando o encontro do bebê e sua família na Unidade Neonatal. In: MOREIRA, M.E.L; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. (Orgs.) **Quando a vida começa diferente.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003, p. 141-156. (Coleção Criança, Mulher e Saúde.)

LAMY, Z.C; GOMES, M.A.S.M.; GIANINI, N.O.M.; HENNIG, M.A.S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005.

LOO, K.K.; ESPINOSA, M.; TYLER, R.; HOWARD, J. Using knowledge to cope with stress in the NICU: how parents integrate learning to read the physiologic and behavioral cues of the infant. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 22, n.1, jan./feb. 2003.

LOPES, T.C. **Programa de internação domiciliar neonatal:** espaço para a construção da autonomia no cuidado materno com a criança. 2005. 108f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2005.

LUDKE, M.; ANDRÉ, N.E.D. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

MALDONADO, M.T. **Maternidade e paternidade:** situações especiais e de crise na família. Petrópolis: Vozes, 1989. v.2.

MALDONADO, M.T.; DICKTEIN, J.; NAHOUM, J.C. **Nós estamos grávidos.** São Paulo: Saraiva, 1996.

MAYAN, M. **Uma introducción a los métodos cualitativos:** modulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. International Institute for Qualitative Methodology, 2001. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/iigq/pdfs/introductionpdf>, 2001. Acesso em: 01 maio 2006.

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-160.

- MELO, D.F. **O cuidado de enfermagem no seguimento de crianças prematuras e de baixo peso.** 1998. 191 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- MINAYO, M.C.S. *et al.* (Org). **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6^a. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. 269p.
- MINAYO, M.C.S. *et al.* (Org). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 21^a ed. Petrópolis: Vozes, 2002., 80p.
- MINAYO, M.C.S. *et al.* Debate: “Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas” . **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 17-20, 2004.
- MORGAN, D.L. **Focus group as qualitative research.** Newbury Park: Sage Publication, 1988.
- OLIVEIRA, I. **Vivenciado com o filho uma passagem difícil e reveladora – a experiência da mãe acompanhante.** 1998. 162 f. Tese (Doutorado em enfermagem) – escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- OLIVEIRA, I.; ÂNGELO, M. Vivenciado com o filho uma passagem difícil e reveladora – a experiência da mãe acompanhante. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n.2, p.202-208, jun. 2000
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.) **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.180 p.
- REGO, J.D. **Assistência aos pais de recém-nascidos prematuros, doentes e malformados.** São Paulo: Nestlé – Serviço de Informação Científica, 1991. s.1 (Temas de Pediatria, 48).
- REICHERT, A.P.S.; COSTA, S.F.G. **Experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro.** João Pessoa: Editora Idéia, 2000. 94p.
- SCHAFFER, R. The early experience assumption. Past, present and future. **International Journal of Behavioral Development**, Thousand Oaks, CA, v.24, n.1, p. 5-14, 2000.
- SCOCHI, C.G.S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem.** 2000. 245f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
- SCOCHI, C.G.S.; BRUNHEROTTI, M.R.; FONSECA, L.M.M.; NOGUEIRA, F.S.; VASCONCELOS, M.G.L.; LEITE, A. M. Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva destas mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 727-735, set./out. 2004

SENA, R.R.; DUARTE, E.D. Contribuição para a construção do percurso metodológico do projeto de classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva. In: CHIANCA, T.C.; ANTUNES, M.J.M (Orgs). **Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p.325-333.

SLUCKIN, W.; HERBERT, M.; SLUCKIN, A. **Vínculo materno**. São Paulo: Edições Paulinas, 1990.

SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

STASEVSKAS, K.O. **Ser mãe**: narrativas de hoje. 1999. 195 f Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

STOTZ, E.N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991 apud PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.180 p.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.I.F. **Enfermagem neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

UNGERER, R.L.S.; MIRANDA, A.T.C. História do alojamento conjunto. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 1, p. 5-10, 1999.

VASCONCELOS, M.G.L, LEITE, A.M., SCOCHI, C.G.S. Significados atribuídos 'a vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré termo e de baixo peso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 47-57, jan-mar, 2006.

VASCONCELOS, M.G.L. **Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife/PE**. 2004. 165 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2004

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472 – 82, 1996.

ANEXOS

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 296/05

Interesse: Prof. Joaquim Antônio César Mota
Depto. de Pediatria - FMUFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 19 de outubro de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado « **Alojamento materno: a vivência da mulher-mãe** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

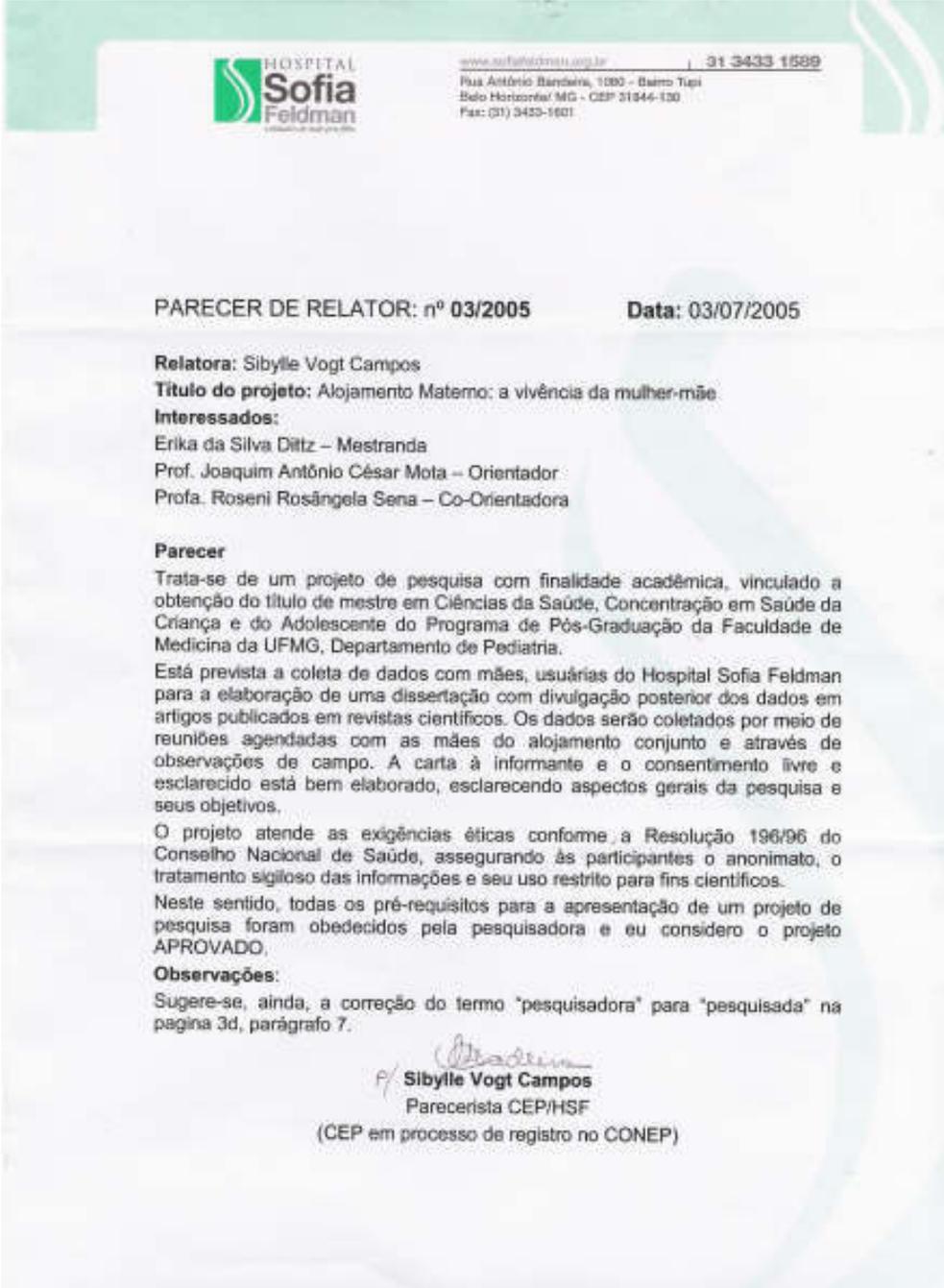
O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


P/ **Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia**
Presidente do COEP/UFMG

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Prédio da Reitoria - 7º andar sala: 7018 - 31.270-901 - BH - MG
(31) 3499-4592 - FAX: (31) 3499-4027 - coep@ppsi.ufmg.br

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA INSTUIÇÃO



HOSPITAL Sofia Feldman
www.sofiafeldman.org.br | 31 3433 1589
Rua Antônio Bandeira, 1000 - Bairro Tupi
Belo Horizonte/ MG - CEP 31344-130
Fax: (31) 3433-1601

PARECER DE RELATOR: nº 03/2005 **Data: 03/07/2005**

Relatora: Sibylle Vogt Campos
Título do projeto: Alojamento Materno: a vivência da mulher-mãe.
Interessados:
Erika da Silva Dittz – Mestranda
Prof. Joaquim Antônio César Mota – Orientador
Profa. Roseni Rosângela Sena – Co-Orientadora

Parecer
Trata-se de um projeto de pesquisa com finalidade acadêmica, vinculado a obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde, Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG, Departamento de Pediatria.
Está prevista a coleta de dados com mães, usuárias do Hospital Sofia Feldman para a elaboração de uma dissertação com divulgação posterior dos dados em artigos publicados em revistas científicas. Os dados serão coletados por meio de reuniões agendadas com as mães do alojamento conjunto e através de observações de campo. A carta à informante e o consentimento livre e esclarecido está bem elaborado, esclarecendo aspectos gerais da pesquisa e seus objetivos.
O projeto atende as exigências éticas conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando às participantes o anonimato, o tratamento sigiloso das informações e seu uso restrito para fins científicos.
Neste sentido, todas os pré-requisitos para a apresentação de um projeto de pesquisa foram obedecidos pela pesquisadora e eu considero o projeto APROVADO.

Observações:
Sugere-se, ainda, a correção do termo "pesquisadora" para "pesquisada" na página 3d, parágrafo 7.

Sibylle Vogt Campos
P/ Sibylle Vogt Campos
Parecerista CEP/HSF
(CEP em processo de registro no CONEP)

ANEXO C

CARTA DA PESQUISADORA

Belo Horizonte,de.....de 2005.

Prezada,

Estou realizando uma pesquisa cujo tema é: “Alojamento Materno: a vivência da mulher/mãe”, sob a orientação do Professor Joaquim Antônio César Mota e da Professora Roseni Rosângela de Sena.

O objetivo da pesquisa é analisar os significados atribuídos pelas mães de recém-nascidos internados em UTIN sobre sua permanência no Alojamento Materno do Hospital Sofia Feldman.

A sua colaboração na pesquisa é de fundamental importância para a sua concretização.

Sua participação é voluntária e consiste em:

- Registrar em um caderno seus sentimentos, questionamentos, angústias e o que mais desejar durante sua permanência no Alojamento Materno. Esse registro poderá ser feito através da escrita ou de desenhos. O caderno será devolvido após a conclusão da pesquisa.

- Participar de grupos junto com outras mães que se encontram no Alojamento Materno.

- Autorizar que seja filmada, fotografada e a gravação de sua fala durante o grupo.

Está garantido o seu anonimato e o sigilo das informações, além da utilização dos resultados ser exclusivamente para fins científicos.

Durante a implementação da pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo deixar de participar do estudo em qualquer momento, se assim o desejar.

Certa de contar com o seu apoio, reitero meu apreço e agradecimento.

Erika da Silva Dittz

*Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Criança e do Adolescente do Departamento de Pediatria
da Faculdade de Medicina/UFMG*

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter recebido da Terapeuta Ocupacional, Erika da Silva Dittz, aluna do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina/UFMG, as orientações sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar voluntariamente das atividades da pesquisa. Aceito ser fotografada, filmada e a gravação de minha fala durante os grupos focais, bem como sua utilização na pesquisa.

Belo Horizonte,de.....de 2005.

Entrevistado:.....

Pesquisador:.....

Contato da participante:

Telefone:.....

Endereço para contato:.....

.....

Contato da pesquisadora:

Tel.: (031) 9724 6408 e-mail: ekdz@ig.com.br

Endereço: Av. Miguel Perrela, 199/103, B. Castelo–Belo Horizonte/MG.

Cep:31330 290

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP:

Tel: (31) 3499 4592

A vivência da mulher-mãe no alojamento materno durante a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

ANEXO E
MAPEAMENTO OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

