

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

EXPERIÊNCIA DE SER MÃE DE RECÉM-
NASCIDO PREMATURO: *uma abordagem*
fenomenológica

CEIUFPB
626-083(043)
R 349L

Altamira Pereira da Silva Reichert

1-Enfermagem (cuidados)
2-Enfermagem pediátrica

JOÃO PESSOA - PB

1998

ALTAMIRA PEREIRA DA SILVA REICHERT

**EXPERIÊNCIA DE SER MÃE DE RECÉM-NASCIDO
PREMATURO: uma abordagem fenomenológica**

Dissertação de Mestrado vinculada à linha de pesquisa **Assistência de Enfermagem de Saúde Pública** e à sublinha **crenças, atitudes e comportamento da clientela sobre saúde**, apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^ª. Solange Fátima Geraldo da Costa

João Pessoa – PB

1998

UNIVERSIDADE DE UFPB / CCS / JP.
MEST. ENFERMAGEM
24/04/98

iii

UFPB BAL
BOL 0 UFPB/CCS/JP.
16/08/98 MEST. ENFERMAGEM
11261



Capa: Figura reproduzida da Revista
Manchete Encarte Saúde nº 238,
novembro de 1997.

R 349e REICHERT, Altamira Pereira da Silva.

Experiência de ser mãe de recém-nascido
premature: uma abordagem fenomenológica. / Altamira
Pereira da Silva Reichert — João Pessoa, 1998.

97p. il.

Dissertação (Mestrado) CCS / UFPB

1. Cuidados de enfermagem. 2. Enfermagem pediátrica.

CDU: 616-053.2

616-083

ALTAMIRA PEREIRA DA SILVA REICHERT

EXPERIÊNCIA DE SER MÃE DE RECÉM-NASCIDO

PREMATURO: uma abordagem fenomenológica

Aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Solange Fátima Geraldo da Costa
Orientadora

Prof^a. Dra. Bertha Cruz Enders
Membro da Banca

Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima
Membro da Banca

Prof^a. Tereza Neuma Alcanforado Costa
Membro Suplente

Agrada-te do Senhor, e ele satisfará aos desejos do teu coração. Entrega o teu caminho ao Senhor, confia nele, e o mais ele fará.

(Salmo 37: 4-5)

Dedicatória

A Deus por ter iluminado o meu caminho e me capacitado a cumprir mais uma missão.

A meu esposo **Zalmir** e ao meu filho **Lucas**, pela dedicação, amor, compreensão sempre presentes, renovando as minhas forças e enriquecendo o meu existir.

Aos meus pais que sempre acreditaram em mim e me incentivaram a buscar o melhor para minha vida.

Ao meu sogro e sogra, pelo apoio e afeto.

Agradecimentos

À Professora Solange Fátima Geraldo da Costa, pelo apoio, estímulo, amizade e ensinamentos e, por muitas vezes, ter agido como uma irmã, transcendendo o seu papel de orientadora.

Ao Professor Doutor Carlos Bezerra, pela sua contribuição a este estudo.

À chefe do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, pelo apoio e compreensão.

Às colegas da disciplina Materno-Infantil, pelo apoio e amizade.

À coordenadora do Mestrado em Enfermagem, pela competência e interesse em nos proporcionar mais conhecimentos.

Às colegas de turma do Mestrado, pelo conhecimento que foi compartilhado.

Aos funcionários do Mestrado em Enfermagem, pela dedicação e disponibilidade.

À bibliotecária Bernadete de Lourdes Oliveira dos Santos, pelo auxílio na organização das referências bibliográficas.

Aos professores Eduardo Sérgio Souza, Elizalva Félix de Oliveira e à professora Doutora Maria da Graça Motta, pelo interesse em ajudar-me.

Ao professor Félix de Carvalho, pela revisão de linguagem.

Em especial.

*Às mães de recém-nascidos prematuros
que, apesar de estarem vivenciando
momentos difíceis, se dispuseram a
participar deste estudo.*

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	x
RESUMO.....	xi
ABSTRACT.....	xii
 CAPÍTULO I	
MINHA TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO AO TEMA.....	02
 CAPÍTULO II	
REVENDO A LITERATURA.....	07
1. Considerações gerais.....	07
2. Assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho.....	10
 CAPÍTULO III	
IDÉIAS BÁSICAS SOBRE A FENOMENOLOGIA.....	20
 CAPÍTULO IV	
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	28
1. Minha opção pela trajetória metodológica.....	28
2. Primeiro contato com as mães de recém-nascidos prematuros.....	30
3. Posicionamento ético do pesquisador.....	31
4. Processo de descrição dos depoimentos das mães.....	32
5. Etapas da análise.....	34

CAPÍTULO V

EXPERIÊNCIA DE SER MÃE DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO: COMPREENSÃO DOS DISCURSOS.....	37
1. Vivência com o nascimento do filho prematuro: sentimentos de insegurança e medo da perda.....	43
2. Vivência com o filho prematuro submetido aos recursos terapêuticos: sentimentos de tristeza, angústia e pena.....	44
3. Vivência no espaço hospitalar: sentimentos de inquietação e ansiedade.....	47
4. Vivência com os profissionais de saúde no ambiente hospitalar: reflexos de incompreensão e falta de comunicação.....	49
5. Vivência nos momentos de aflição: a busca de apoio na fé e nos familiares.....	51
6. Vivência nos cuidados com o filho prematuro: sensação de despreparo e preocupação com a integridade do bebê.....	54

CAPÍTULO VI

REFLETINDO SOBRE O SER MÃE DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO.....	58
---	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
--	-----------

ANEXOS

Anexo I - Roteiro para entrevista.....	76
Anexo II - Depoimentos das mães pesquisadas.....	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação gráfica dos momentos da análise qualitativa do fenômeno situado.....	35
Figura 2: Representação gráfica da estrutura geral do fenômeno.....	42

RESUMO

REICHERT, A . P. da S. **Experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro: uma abordagem fenomenológica.** João Pessoa, 1998. 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

Este estudo tem como objetivo buscar compreender o fenômeno vivenciado por mães de crianças prematuras, a partir da seguinte questão norteadora: **fale sobre a sua experiência de ser mãe de um recém-nascido prematuro.** A modalidade de pesquisa qualitativa utilizada nesta investigação é a fenomenológica, segundo a modalidade *estrutura do fenômeno situado*. Como resultado da análise fenomenológica de oito depoimentos das mães participantes do estudo, emergiram seis unidades de significados: vivência com o nascimento do filho prematuro: sentimentos de insegurança e medo da perda; vivência com o filho prematuro submetido aos recursos terapêuticos: sentimentos de tristeza, angústia e pena; vivência no espaço hospitalar: sentimentos de inquietação e ansiedade; vivência com os profissionais de saúde no ambiente hospitalar: reflexos de incompreensão e falta de comunicação; vivência nos momentos de aflição: a busca de apoio na fé e nos familiares; vivência nos cuidados com o filho prematuro: sensação de despreparo e preocupação com a integridade do bebê. A partir da compreensão fenomenológica do fenômeno investigado, o estudo lança um novo olhar sobre a assistência de enfermagem.

ABSTRACT

REICHERT, A . P. da S. **Experience of being a preterm infant's mother: a phenomenological approach.** João Pessoa, 1998. 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

The objective of this study is to understand the phenomenon lived for pre-term infants' mothers, based on the following statement: talk about your experience on being a preterm infant's mother. The modality of quality research used in this investigation is the phenomenological, according to the modality of situated phenomenon structure. As a result of the phenomenological analysis from eight mothers' speeches, included in this study, came out six significance unity: experience with the birth of a preterm infant: feeling of insecurity and fear of loss; experience with preterm infant who underwent to medical treatment: feeling of sadness, anguish and pity; experience with the hospital: sentiment of unquietness and apprehension; experience with the health employees with the hospital: reflex of incomprehension and absence of communication; experience with the moments of sorrow: the search on faith and the family's support; experience the cares with the preterm infant: feeling unprepared and preoccupation with the integrity of baby. Based on phenomenological understanding from the phenomenon investigating, the study looks the nursery assistance.

CAPÍTULO I

MINHA TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO AO TEMA

Abordar o tema explorado neste estudo tem o sentido especial de situá-lo em meu mundo-vida¹, mostrando o meu caminhar junto à criança prematura e relatando como se deu a motivação na busca de compreender o fenômeno que é ser mãe de um recém-nascido prematuro.

Vale ressaltar que, desde a época em que eu era discente do curso de graduação em Enfermagem, pretendia trabalhar com recém-nascidos de alto risco². Após concluir o curso, em 1990, iniciei minha vida profissional como enfermeira assistencial numa Unidade Pediátrica de Terapia Intensiva (UPTI). Esse era o local no qual eu desejava trabalhar, pois acreditava que poderia dar minha contribuição na assistência a recém-nascidos de alto risco.

¹Diz respeito ao mundo pré-reflexivo, ao mundo como ele é vivido, como suas experiências são vividas. Significa, chegar a alguma coisa de forma pura, tal como ela se dá na percepção (Martins & Bicudo, 1994, p.81).

²Crianças de alto risco são neonatos que apresentam maior probabilidade de adoecer ou morrer, devido a condições que alteram o curso normal do processo de nascimento e a sua adaptação à vida extra-uterina (Whaley & Wong, 1989, p.154).

No meu dia-a-dia na Unidade Pediátrica de Terapia Intensiva (UPTI), passei a conviver com crianças de alto risco, necessitadas de assistência qualificada da equipe de saúde, buscando reverter sua condição patológica, como também prevenir o surgimento de seqüelas decorrentes de suas patologias, tendo a prematuridade como situação agravante na maioria dos casos.

Foi prestando assistência a recém-nascidos de alto risco que comecei a perceber a angústia das mães ao tomarem conhecimento de que seus filhos eram prematuros. Por ocasião da alta hospitalar, essas mães mostravam-se aflitas e solicitavam, com frequência, orientações da equipe de enfermagem no que diz respeito a certos cuidados como, por exemplo: alimentação, higienização e manuseio do bebê. Justificavam que estavam inseguras diante do fato de levarem seus filhos para casa, visto que não se sentiam preparadas para cuidar deles. Assim, ficavam trêmulas ao receberem o bebê, vestiam-no desajeitadamente, devido à fragilidade da criança, tinham medo até de segurá-la no colo e receio de que esta pudesse adoecer ou até mesmo morrer.

Diante dessa perplexidade, passei a visualizar a mãe de recém-nascido prematuro como um ser carente de atenção, orientação e apoio, visto que o meu cotidiano profissional revelava um distanciamento entre os profissionais que atuavam na unidade e o ser mãe. Devido a esse distanciamento, essa mãe refugiava-se no seu próprio mundo, permeado por insegurança, despreparo, angústia e ansiedade, uma vez que a equipe médica e de enfermagem limitava-se a oferecer assistência exclusiva à criança, priorizando as questões técnicas e biológicas em detrimento de uma melhor atenção à mãe de recém-nascido prematuro.

Ao deparar-me com essa situação, procurei repensar minha prática assistencial junto às mães de recém-nascidos prematuros, pois percebi que estava apenas trabalhando com o bebê, priorizando o “curar”. Percebi, portanto, que não me preocupava com o que poderia acontecer com a criança após a alta

hospitalar , uma vez que, em sua residência, não teria o suporte da enfermagem e seria assistido por sua genitora. Passei então a refletir sobre a assistência de enfermagem por mim prestada na UPTI e pude perceber que esta se encontrava fragmentada. Ficou, assim, evidente que seria necessário inserir a mãe no contexto da assistência ao recém-nascido prematuro durante o período de internação na referida unidade.

Motivada por esta nova visão, procurei, na literatura publicada em língua portuguesa, trabalhos relacionados ao campo da assistência ao recém-nascido prematuro a partir da vivência de sua mãe. Infelizmente, não encontrei nenhuma publicação que enfocasse o referido tema.

Sem esse respaldo, procurei fundamentar minha assistência às mães a partir do seu mundo-vida, considerando que meu trabalho teria mais eficiência ao proporcionar uma assistência de enfermagem com base nas necessidades emanadas das mães de crianças prematuras.

A partir da minha experiência como aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, na área de Saúde Pública, despertei para a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a referida problemática. Busquei esse aprofundamento na perspectiva de subsidiar minha prática assistencial e minha atividade docente, como professora da disciplina Materno-Infantil do curso de graduação em Enfermagem. Ao cursar a disciplina Metodologia da Investigação Científica, pude trabalhar na linha de investigação qualitativa, debruçando-me sobre a pesquisa fenomenológica, o que me motivou a aprofundar meus conhecimentos quanto a essa modalidade de investigação. A experiência com essa disciplina possibilitou um melhor conhecimento dos caminhos dessa modalidade de pesquisa , despertando assim meu interesse em elaborar a dissertação de mestrado através de um estudo qualitativo, de natureza fenomenológica, com mães de recém-nascidos prematuros, visando buscar

respostas para esta interrogação: **Qual é a experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro?**

Nessa perspectiva, o pesquisador não parte de um problema específico, mas inicia seu estudo interrogando um determinado fenômeno que pretende investigar, sem respaldar-se em pressupostos ou teorias e sim no mundo-vida dos sujeitos que se encontram vivenciando o fenômeno a ser estudado. Martins et al. (1990, p.114) esclarecem que, quando o pesquisador interroga, a interrogação não decorre de uma teoria e sim de uma região de inquérito. Esta corresponde a regiões que não têm nenhuma ligação com outras áreas de conhecimento. Por exemplo, quando o pesquisador está preocupado com os sujeitos situados em uma região de inquérito, encaminha-se para o seu mundo-vida, buscando investigar a experiência vivida desses sujeitos. Segundo Valle (1995, p.26), *“o mundo-vivido é expresso a partir do ser que se manifesta e se oculta historicamente através da fala que explicita, revela a realidade humana”*.

Diante das reflexões apresentadas, minha proposta de trabalho tem como objetivo buscar **compreender a experiência de ser mãe de um recém-nascido prematuro**. Para chegar à compreensão do fenômeno investigado, procurei analisar os depoimentos e as descrições das mães que se encontravam vivenciando a condição de ser mãe de recém-nascido prematuro, por acreditar que esta é capaz de expressar significados a respeito do referido fenômeno a ser investigado.

CAPÍTULO II

REVENDO A LITERATURA

1. Considerações gerais

A atenção à saúde materno-infantil em nosso país é uma das metas do Ministério da Saúde e vem sendo muito debatida nas últimas décadas com o propósito de reduzir os índices de morbi-mortalidade desse grupo. A meta é elevar, com a introdução de recursos terapêuticos eficazes, o nível de saúde da população infantil, especialmente, dos recém-nascidos prematuros.

Segundo a Reeder et al., (1978, p.525), o termo *prematuro* é utilizado para toda criança com idade gestacional inferior a 37 semanas.

Inegavelmente, a prematuridade representa um dos grandes problemas para a saúde pública do país, em decorrência dos elevados índices de morbi-mortalidade infantil. Assim, faz-se necessário que seja dada uma atenção especial a esse grupo a fim de que os índices de morbidade e mortalidade diminuam, como também haja redução no número de seqüelas decorrentes da prematuridade.

Nessa perspectiva, Souza (1992, p.3) faz a seguinte observação:

“Os cuidados imediatos e mediatos hoje disponíveis, bem como melhor atenção pré-natal, são responsáveis por número cada vez maior de sobreviventes no grupo de recém-nascidos prematuros, inclusive os de peso inferior a 1.000 gramas, mesmo em países em desenvolvimento como o Brasil”.

De acordo com dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1992, p.25), o índice de prematuridade no Nordeste do Brasil é de 11,2%, o que reflete a necessidade de um maior empenho do poder público e dos profissionais de saúde, principalmente no que diz respeito aos programas de assistência à saúde materno- infantil.

A incidência de crianças prematuras é maior na classe sócio-econômica baixa, devendo-se salientar que a gravidez múltipla, toxemias, acidentes placentários, infecções durante a gestação e idade materna são fatores responsáveis pela ocorrência de partos prematuros (Whaley & Wong, 1989, p.158, Perin et al., 1992, p.347, Thompson & Ashwill, 1996, p.87, Martins Filho, 1996, p.139-40).

O parto prematuro representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatal. Sua incidência varia de 6% a 12%, sendo responsável por 75% das mortes perinatais (Marcondes, 1994, p.329). Nessa linha de pensamento, Vaz (1986, p.169) afirma que a morbidade é elevada em função da imaturidade anatômica e fisiológica e da grande incidência de más formações congênitas. Aponta como principais patologias que afetam o recém-nascido pré-termo a hemorragia intracraniana, infecções congênitas ou adquiridas, insuficiência respiratória e, em especial, a síndrome de angústia respiratória aguda. Além disso, a mortalidade é elevada em função das condições de nascimento e dos cuidados subseqüentes.

Martins Filho (1996, p.143) argumenta que *“a melhor maneira de diminuir a mortalidade perinatal, principalmente a devida à prematuridade, é desenvolver um excelente trabalho de pré-natal”*. Nesse sentido, Segre (1991, p.78) defende a importância do pré-natal bem conduzido como medida preventiva do parto prematuro, enfatizando que *“devemos concentrar nossa atenção desde o pré-natal, que deve ser feito cuidadosamente, identificando-se condições de risco das gestantes, encaminhando-as a centros especializados que tenham capacidade adequada de atendimento”*.

De acordo com Usher (1984, p.153), a prematuridade divide-se em três categorias: a) **prematuridade limítrofe**, na qual se encontram as crianças com idade gestacional entre 37 a 38 semanas, que pesam entre 2.500 e 3.250g, medem entre 45 e 46cm de comprimento e aproximadamente 32,5 cm de perímetro cefálico; b) **prematuridade moderada**, abrangendo as crianças com idade gestacional entre 31 a 36 semanas, que pesam em torno de 1.500 g, medem entre 39 a 43,1 cm de comprimento e 29 a 31,3 cm de perímetro cefálico; c) **prematuridade extrema**, onde estão as crianças com idade gestacional entre 24 e 30 semanas, que pesam menos de 1.500g, medem menos de 28 cm de estatura e menos de 29 cm de perímetro cefálico. Estas últimas *“apresentam, em decorrência desta maior imaturidade, intercorrências mais freqüentes e mais graves, favorecendo o desenvolvimento de deficiência a curto e/ou longo prazo”* (Marcondes, 1994, p.334).

Quanto mais extrema for a prematuridade, mais problemas o recém-nascido apresentará, sendo mais freqüentes as crises de apnéia, síndrome de angústia respiratória aguda, infecções adquiridas e hemorragia intracraniana. As seqüelas decorrentes da prematuridade, segundo Segre (1991, p.77), estão presentes, principalmente, no comprometimento do desenvolvimento intelectual e neurológico, bem como em problemas relacionados à visão e audição, à desordem de conduta e ao aumento de morbidade.

Enfim, a criança prematura é frágil, apresenta imaturidade fisiológica e, por isso, necessita da assistência materna que contribuirá para reduzir os índices de morbi-mortalidade e prevenir o surgimento de seqüelas decorrentes da prematuridade. Em outros termos, a sobrevivência de uma criança prematura depende de uma boa condução da assistência que lhe será prestada nos primeiros dias de vida, tanto no âmbito hospitalar como no contexto familiar.

2. Assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho

O parto prematuro é um acontecimento marcante na vida da mulher e isso deve ser reconhecido pela enfermeira e pelos demais profissionais que a assistem, no sentido de darem o apoio necessário para que a mãe consiga superar as dificuldades decorrentes da condição de saúde da criança. Ao ter um filho prematuro, a mulher é bombardeada por muitas emoções, sendo as mais comuns a ansiedade e o sentimento de culpa. Este, muitas vezes, advém da suposição de que, durante a gravidez, fez ou deixou de fazer alguma coisa que afetou o bebê e provocou a prematuridade.

A esse respeito, Giacomini (1997, p.135) ressalta que, no caso de recém-nascido prematuro ou enfermo, deve-se, *“sempre que possível, permitir que a mãe veja o bebê ainda na sala de parto, buscando fornecer à mãe informações positivas sobre o seu estado. Isto minimizará sentimentos de frustração, ansiedade e dor que se seguirão até o próximo contato com o recém-nascido”*.

Com base nesse aspecto, é necessário que a equipe que assiste o prematuro informe as mães, de forma clara e objetiva, sobre o estado de saúde do bebê, o equipamento mecânico utilizado, os cuidados que estão sendo dispensados à criança, como também sobre o prognóstico, a fim de que elas

possam ficar mais tranquilas com relação ao estado de saúde da criança (Ziegel & Cranley, 1985, p.591).

Referindo-se à orientação que deve ser dada às mães, Leone (1996, p.131) afirma que *“as informações devem ser claras e com linguagem apropriada, evitando o excesso de informações que podem ser mal interpretadas, permitindo que perguntem e digam o que pensam e sentem, incentivando-as a falar”*.

Quanto a essas orientações, Garcias et al. (1997, p.27) afirmam que *“para facilitar a compreensão do problema devemos evitar termos técnicos e jargões médicos de difícil entendimento”*. Todavia, esclarecem:

“Isto não significa que se deve utilizar termos incorretos ou imprecisos, mas que se busquem, dentro das condições culturais do casal, termos e comparações que permitam facilitar o entendimento do problema (...). É necessário que se fale devagar, escolhendo cuidadosamente as palavras e procurando observar, em seu olhar, atitudes e gestos como estão sendo assimiladas as informações”.

O profissional da equipe de saúde mais indicado para minimizar essa tensão emocional da mãe e evitar que ela sofra um grande impacto ao encontrar o seu bebê na unidade neonatal é a enfermeira. Esta deve preparar a mãe, através de uma linguagem simples, explicando-lhe pormenorizadamente como se encontra a criança. Rego (1991, p.2) aconselha o diálogo franco com a mãe de recém-nascidos submetidos a vários recursos terapêuticos, acrescentando que a mãe deve ser preparada previamente para o primeiro encontro com seu filho:

“Ela já deve entrar na unidade sabendo que ele está despido, vestindo apenas uma fralda ou que está com um saco coletor de urina; com a cabeça raspada e uma veia ‘pega’, com um tubo plástico na boca ou no ‘umbigo’, com a cabeça dentro de uma redoma de plástico e com pequenas picadas de agulha nos tornozelos e punhos para coleta de sangue, etc.”.

Em vista disso, a enfermeira deve respeitar as emoções da mãe e prepará-la para a primeira visita ao berçário ou unidade de cuidado intensivo. Sem essa preparação prévia, a mãe pode sentir-se deprimida, uma vez que freqüentemente o bebê apresenta-se com infusão venosa, sonda nasogástrica e máscara de oxigênio. Assim, é importante que a equipe de saúde converse com a mãe antes que esta veja seu filho, tirando suas dúvidas e descrevendo, através de termos simples, o que ocorreu para que o bebê tivesse de ser submetido a cuidados intensivos, pormenorizando o peso, comprimento, idade gestacional e aspecto físico. Além disso, a equipe de saúde deve fazer uma descrição do ambiente onde o bebê está, destacando a incubadora, fios, sondas e aparelhos eletrônicos (Rego, 1991, p.2).

A enfermeira deve esclarecer às mães que seus filhos nasceram antes da maturação completa e, portanto, somente reagirão como uma criança a termo quando alcançarem a data em que era esperado seu nascimento. Assim, o futuro desenvolvimento físico e mental deve ser avaliado a partir da data esperada e não da verdadeira data de nascimento, porque a criança não amadurece mais rápido fora do que dentro do útero (Thompson & Ashwill, 1996, p.92).

Por isso é de suma importância que, por ocasião do primeiro encontro da mãe com o recém-nascido, a enfermeira acompanhe-a. Ao deparar-se com a situação em que se encontra o bebê, a mãe tende a afastar-se dele por não suportar vê-lo sofrendo e isso repercutirá negativamente no contato inicial da mãe com seu filho. Para Mendes (1997, p.80), *“a visão de um bebê extremamente doente, cercado de cuidados e de aparelhos, pode ser muito dolorosa para os pais e certamente irá influenciar na qualidade do contato inicial”*.

Rego (1991, p.3) afirma que, para algumas mães, o contato inicial é difícil. Portanto, *“não se deve obrigá-las a tocar o recém-nascido nem insistir*

para que entrem na unidade se não o desejarem fazer". Conclui enfatizando que "a atenção que se dá aos pais e a seu filho, durante esta fase, influi sobre a relação com o recém-nascido por toda a vida". Assim, o profissional que trabalha com pediatria não pode esquecer que trabalhar com crianças significa trabalhar com suas mães, incluindo os seus sentimentos e atitudes.

Para que essa prática possa acontecer, a enfermeira deverá ter uma postura de escuta, de modo a permitir que a mãe verbalize suas dúvidas e angústias. Só dessa maneira ela terá mais confiança no profissional, o que facilitará suas relações com a equipe de saúde no hospital e, conseqüentemente, contribuirá para fortalecer a ligação da mãe com o bebê. A esse respeito, Amorim (1994, p.40) evidencia que *"pode-se oferecer uma postura de escuta, favorecer o apego, fortalecimento desses laços, evitando assim possíveis agravamentos de evidentes dificuldades relacionais"*.

A enfermeira não pode perder de vista a noção de que o prematuro é um ser frágil, que teve um nascimento abrupto. É, portanto, necessário prestar-lhe uma assistência que não contemple apenas questões biológicas, mas que seja realizada de maneira mais humanizada, de modo que o bebê, mesmo na incubadora, tenha contato humano não só com a equipe que o assiste, mas principalmente com a mãe. Isto é de extrema importância, pois, com o avanço das pesquisas em neonatologia, foi constatado que os prematuros são capazes de ver, ouvir, cheirar e responder ao toque. Ao serem estimulados, respondem ao manuseio e mostram-se tranquilos quando alguém conversa com eles.

Com base em estudos, Klaus & Kennel (1993, p.183) ressaltam que, se um recém-nascido prematuro é tocado, acariciado ou colocado diariamente no colo da mãe, durante a permanência no berçário, ele apresenta menos períodos de apnéia, aumento de peso e um avanço em algumas áreas mais sensíveis de funcionamento do sistema nervoso central. Thompson & Ashwill (1996, p.92) reforçam esses aspectos afirmando que o toque e o contato humano

imediatos são vitais para o prematuro. Além disso, favorecem a interação do bebê com seus pais.

Segundo Mendes (1997, p.77), uma criança demonstra-se relaxada e com fisionomia de bem-estar quando alguém lhe faz um afago e lhe dirige uma palavra carinhosa, acrescentando que “*tocar o RN implica em uma relação de interação, que pode ser prazerosa, desde que se expresse pela manifestação de afeto, tanto verbal quanto tátil*”.

É necessário, portanto, destacar a importância do contato da mãe com seu filho prematuro o mais precocemente possível, pois a interação mãe-filho sofre uma rutura brusca com o parto prematuro e isso faz com que ambos sejam prejudicados em decorrência da distância que é imposta pela condição de saúde do bebê. Para Casanova & Santos (1991, p.525), “*a separação precoce mãe/filho pode ter efeitos posteriores, interferindo na capacidade de ser mãe para a mulher e, para a criança, pode ter efeitos no desenvolvimento de personalidades psicopáticas, delinquência e maus tratos*”.

Diante disso, a presença da mãe junto ao recém-nascido prematuro é de fundamental importância e deve ocorrer o mais precocemente possível, para aumentar o vínculo mãe-filho, como também para diminuir a ansiedade que muitas mães sentem por estarem distantes dos seus bebês. Por isso é necessário que haja, na unidade neonatal, uma equipe multiprofissional para atender ao binômio mãe-filho, a fim de facilitar, estimular e propiciar a formação do vínculo entre os dois, promovendo uma assistência que contemple questões biológicas, psicológicas e sociais (Saccuman & Sadeck, 1996, p.130).

No seu trabalho de assistência de enfermagem visando à promoção da interação mãe-filho, é necessário que a enfermeira tenha sensibilidade para detectar a ansiedade que a mãe sente ao se aproximar do filho. Deve atuar nesse momento como um elo de ligação entre mãe e bebê, promovendo a necessária interação, a fim de que a relação mãe-filho não seja prejudicada. A esse respeito,

Zerbetto & Rodrigues (1997, p.77) ressaltam que a enfermeira deve ter conhecimentos técnicos e de sua própria pessoa para poder ajudar a mãe no momento de interação.

Uma das maneiras de a enfermeira promover essa interação é permitir o livre acesso da mãe à unidade neonatal, podendo ela tocar e acariciar o bebê, mesmo sem pegá-lo no colo, enquanto estiver em risco de vida. Outra maneira é proporcionar condições para que a mãe participe dos cuidados que são prestados à criança. Esses cuidados não precisam ser complexos, mas simples como, por exemplo, dar oportunidade para a mãe trocar a fralda do bebê, ensiná-la a estimular a sucção, entre outros. Dessa forma, ela sentir-se-á útil e capaz de cuidar do seu filho e, conseqüentemente, terá mais prazer em estar com ele.

Com relação aos sentimentos da mãe ao cuidar da criança, Cypriano & Fisberg (1990, p.94) fazem a seguinte afirmação:

“A oportunidade da mãe ajudar, de maneira construtiva, na recuperação do seu filho, provoca nela um sentimento de competência e realização; bem como a sensação de sentir-se física e psicologicamente disponível para o seu filho doente, sabendo que compartilha de sua difícil experiência da hospitalização”.

A função da enfermeira junto à mãe de recém-nascido prematuro é fundamental para o cuidado que essa dispensará ao seu filho, como afirma Watson apud Zagonel (1996, p.77):

“O cuidado humano transpessoal é um ideal de intersubjetividade com o enfermeiro e o cliente envolvidos, é uma arte quando o enfermeiro unido ao outro, transcende o físico, dando significado à existência e é um ideal moral, onde o enfermeiro se preocupa com a dignidade humana e preservação de humanidade”.

Em relação ao aspecto legal dessa atividade, merece destaque a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que disciplina o exercício profissional do enfermeiro. Em artigo 8º, § 2º, a aludida lei estabelece como

atribuição do enfermeiro *“a participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos particularmente, daqueles prioritários e de alto risco”* (Ribeiro et al., 1997, p.21). Isso legitima ainda mais o compromisso da enfermeira na assistência aos recém-nascidos prematuros, bem como na orientação das mães.

No tocante à orientação, esse procedimento exige que a enfermeira identifique o que a mãe deseja aprender sobre os cuidados que deverão ser dispensados à criança, pois esta atitude por parte da enfermeira *“constitui a base fundamental para a interação mãe-enfermeiro, e o primeiro passo para a satisfação das necessidades de aprendizagem das mães”* (Scochi, 1992, p.37). Essa prática é enfatizada por Silva (1995, p.7) que ressalta a importância da orientação às mães. Nesse aspecto, faz referência a Oguisso & Schmidt, as quais afirmam que *“uma das principais tarefas do enfermeiro puericultor e pediátrico, entre outras, é auxiliar os familiares da criança no reconhecimento de suas necessidades por meio de entrevistas de orientação para manutenção ou recuperação de sua saúde”*.

Entretanto, para que ocorra uma assistência satisfatória ao recém-nascido prematuro, é indispensável a participação não só da enfermeira e da equipe que o assiste, mas também a orientação que deve ser dada à mãe de como cuidar do seu bebê no ambiente familiar. Assim, necessário se faz que a enfermeira motive a mãe a formar um forte vínculo afetivo com seu filho, promovendo o desenvolvimento de uma interação mútua, para que se sinta segura ao atender as necessidades da criança e tenha prazer em satisfazê-las. A manutenção do vínculo mãe-filho é fundamental, visto que a presença da mãe é essencial para a segurança e equilíbrio emocional do bebê, o que refletirá conseqüentemente em sua recuperação.

Como se sabe, é a mãe que ocupa o centro do círculo dos cuidados infantis. Estando ela bem informada e bem apoiada, muitas crianças poderão ser

livres das doenças freqüentes, do crescimento insatisfatório e da morte prematura (Borges, 1987, s.p.).

Com relação à importância dos cuidados maternos para com o recém-nascido prematuro, Martins Filho (1996, p.144) afirma que tão logo o prematuro fique livre de cateteres e aparelhos, o melhor local para ser cuidado não é o hospital, mas o lar, enfatizando que *“a melhor, a mais zelosa, a mais vigilante enfermeira é a mãe”*. Para que a mãe tenha uma boa compreensão de como lidar com a criança, faz-se necessário que seja orientada pela enfermeira, através de uma linguagem compatível com o seu nível de instrução. Caso contrário, todas as informações repassadas não passarão de palavras vazias.

Dentro de uma abordagem humanística, devemos enfatizar o envolvimento da equipe de enfermagem na assistência aos recém-nascidos e às mães. É preciso ressaltar a necessidade de humanizar essa assistência, facilitando a interação equipe profissional - recém-nascidos — mães, proporcionando a recuperação do recém-nascido de forma satisfatória. Esses cuidados contribuirão para minimizar os efeitos nocivos provocados pela hospitalização nos recém-nascidos, tornando-os elementos ativos dentro do processo de hospitalização e contribuindo para uma boa qualidade de sobrevivência dos mesmos.

Existem diversos autores que abordam o papel da enfermeira como educadora na assistência ao recém-nascido, entre os quais destacam-se Whaley & Wong, (1989, p.157); Scochi (1992, p.37); Silva (1995, p.7); Leone (1996, p.131); Thompson & Ashwill (1996, p.93). Entretanto, não se conhecem trabalhos na enfermagem local que destaquem a experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro, daí o meu interesse em realizar este estudo que buscou compreender esse fenômeno. Seu desenvolvimento foi possível, uma vez que fiz opção pelo método fenomenológico, pois acredito que este me possibilitou adentrar o mundo-vida das mães e desvelar suas experiências através dos seus depoimentos.

O presente estudo, que investiga a vivência de mães de recém-nascidos prematuros sob o enfoque fenomenológico, encontrou em Capalbo (1984, p.132) o suporte para a aproximação desse conhecimento com a prática de enfermagem. A esse respeito, a autora faz as seguintes considerações:

“A enfermagem visa, desde a sua origem, a ministrar os cuidados indispensáveis aos enfermos bem como a promoção de saúde das pessoas. A tendência atual da enfermagem é a de considerar o homem em seu todo, holisticamente, e não mais isoladamente e em partes. Assim, a assistência à saúde é voltada para as pessoas e não para pacientes anônimos. A enfermagem quer, pois, superar os dualismos clássicos, oriundos da visão naturalista do homem e do método experimental, a saber, dualismo entre mente e corpo, indivíduo e sociedade, pessoa e enfermo, saúde e doença, relacionamento pessoal e impessoal. Ela quer ver o homem situado no mundo em sua totalidade de vida. A partir desta busca de novos horizontes de compreensão que faz a enfermagem, pode-se afirmar que ela se aproxima, conscientemente ou não, da alternativa metodológica da fenomenologia que se abre para as ciências humanas”.

Em consonância com esse pensamento, fica evidenciada a relevância da fenomenologia para a prática da enfermagem, porque, ao visualizar o homem holisticamente, a enfermagem se aproxima da fenomenologia, que procura compreender o ser em sua perspectiva plena, situado em sua totalidade de vida.

CAPÍTULO III

IDÉIAS BÁSICAS SOBRE A FENOMENOLOGIA

A fenomenologia é um movimento cujo objetivo é a investigação direta e a descrição dos fenômenos experienciados pela consciência, livres de teorias, pressupostos e de preconceitos; é a ciência descritiva das essências da consciência e de seus atos (Dartingues, 1992, p.20).

A fenomenologia representa uma tendência filosófica surgida na Alemanha, na segunda metade do século XIX, e que se contrapôs à generalização da corrente de pensamento positivista como único modo de se fazer ciência. Para Triviños (1994, p.41), *“a fenomenologia representa uma tendência dentro do idealismo filosófico e, dentro deste, ao denominado idealismo subjetivo”*.

O termo *fenomenologia* tem a sua origem nas expressões gregas **phainomenon** e **logos**, significando o discurso a respeito daquilo que se manifesta como é. Foi utilizado pela primeira vez, segundo Dartingues (1992, p.2), por Lambert no seu livro intitulado *Novo Organon* em 1764, com o significado de teoria da ilusão. Acrescenta o referido autor que, em 1770, Kant se utilizou do termo, ao chamar a propedêutica (introdução) de *“Phaenomenologia Generalis”*, que deveria preceder a metafísica. Porém, é com

Hegel, em 1807, que a fenomenologia passa a ser introduzida em definitivo na tradição filosófica.

Entretanto, embora o termo *fenomenologia* tenha sido introduzido por Hegel em 1807 com a fenomenologia do espírito, foi com Husserl (1859-1938), que surgiu como movimento do século XIX, buscando superar as tendências do racionalismo e do empirismo, no que diz respeito ao conhecimento científico.

Segundo Lyotard (1986,p.9), foi com Husserl que a fenomenologia germinou durante a crise do subjetivismo e do irracionalismo, durante o período que marcou o fim do século XIX e o início do século XX.

Vale ressaltar que Husserl fundou a fenomenologia em meio a uma crise da filosofia, na qual a ciência dominava o conhecimento fundamentando-se no positivismo e afastando-se do subjetivismo da metafísica. Segundo Dartingues (1992,p.10), o referido filósofo combatia as ciências humanas alegando que estas reduziam seus conhecimentos a simples fenômenos naturais, aniquilando toda forma de conhecimento, seja ele originado da filosofia ou da ciência.

Do ponto de vista etimológico, a fenomenologia é o estudo ou ciência do fenômeno. Para Martins et al. (1990, p.141) fenômeno “*é aquilo que surge para uma consciência, o que se manifesta para essa consciência, como resultado de uma interrogação*”.

A fenomenologia husserliana caracteriza-se como ciência das essências, tendo como preocupação central descrever o fenômeno tal como ele se mostra na própria consciência. Husserl denominou essência as “*significações que são compreendidas porque são vividas na existência humana concreta*” (Capalbo, 1994,p.192). O referido filósofo denominou de **noese** o ter consciência e de **noema** aquilo de que se tem consciência.

Nesse sentido Forghieri (1984,p.14-5), referindo-se a Husserl, faz os seguintes comentários:

“Contesta a ciência objetiva e propõe, então, um voltar às próprias coisas ou às raízes do conhecimento, ao fundamento do inegável, que é a intencionalidade da consciência, ou o fenômeno. Este só pode ser encontrado no mundo vivido, que é a experiência básica, primordial do ser humano; ela é pré-reflexiva e anterior à superação entre consciência, objeto, e entre sujeito e mundo”.

Husserl (1965,p.72) propõe “ir as coisas mesmas”, indo diretamente ao mundo do vivido, à experiência da consciência. Para ele, “*não é das filosofias que se deve partir o impulso da investigação, mas, sim, das coisas e dos problemas*”. Entende que tanto o sujeito quanto o mundo estão ligados e são dependentes um do outro. Afirma que o homem é um ser consciente e que a consciência é sempre intencional, ou seja, a consciência é sempre consciência de algo, estando dirigida para um objeto. Conseqüentemente, o objeto também é sempre objeto para uma consciência.

Nessa linha de pensamento, França (1989, p.23) enfatiza que na fenomenologia não existe dualismo sujeito-objeto, ou seja, consciência-mundo, pois, na visão do autor, um é determinante do outro. Portanto, não pode haver a consciência desvinculada de um mundo para ser percebido, assim como não é possível haver o mundo sem que haja consciência para percebê-lo. Há, pois, uma relação de mútua dependência, a qual se estabelece pela intencionalidade.

De acordo com Capalbo (1984, p.139), a fenomenologia “*se apresenta como ciência descritiva, rigorosa, concreta, que mostra e explicita, que se preocupa com a essência do vivido. Ela é uma ciência eidética material, pois os vividos intencionais dão forma aos conteúdos pela significação*”.

O conhecimento das essências é obtido através da intuição, denominada por Husserl de intuição eidética, ou intuição das essências, ou seja,

“toda intuição que apresenta originalmente alguma coisa é, por direito, fonte de conhecimento” (Reale & Antiser, 1985, p.562).

É inegável a contribuição de Husserl para o movimento fenomenológico, na medida em que, com ele, a fenomenologia foi edificada como ciência das essências e não de fatos. Nesse sentido, propõe a **epoché**, ou redução fenomenológica, como método da filosofia, buscando “ir às raízes” da atividade humana. Afirma que *“não é preciso postular-se que se veja com os próprios olhos, mas antes que se deixe de eliminar o visto numa interpretação que os preconceitos impõem”* (Husserl, 1965, p.73).

Dartingues (1992, p.20) tece as seguintes considerações sobre a redução fenomenológica proposta por Husserl:

“Põe em evidência a intencionalidade da consciência voltada para o mundo, ao colocar entre parênteses a realidade como a concebe o senso comum, e purificar o fenômeno do estudo o que comporta de ‘inessencial’ e accidental, para fazer aparecer o que é essencial. Husserl concebeu uma técnica que dá ao pensamento a certeza de reter só o essencial do fenômeno em estudo. Este processo chama-se variação eidética, e consiste em imaginar todas as variações possíveis do objeto em estudo, a fim de se identificarem os componentes do objeto que não variam, os invariantes que definem a essência do objeto”.

A fenomenologia busca compreender o homem a partir do seu próprio mundo, numa visão holística de acordo com as formas de perceber as pessoas. Acerca dessa visão do homem, Capalbo (1994, p.74), ao analisar os princípios da fenomenologia, afirma que *“ela busca compreender o homem em sua totalidade existencial complexa, enquanto homem que vive uma dada sociedade histórico-cultural situada, em seu todo de carne e espírito”.*

Para chegar a essa compreensão do homem, como também do fenômeno a ser investigado, o pesquisador, norteador pela fenomenologia, busca

os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência vivida. O exame das experiências e dos significados a elas atribuídos só é possível através de uma trajetória que se caracteriza pela **descrição, redução e compreensão** (Martins et al, 1990, p.145, Martins & Bicudo, 1994, p.76, Machado, 1994, p.38-9).

A **descrição fenomenológica** corresponde ao primeiro momento da trajetória, sendo resultante da relação dos sujeitos com o pesquisador. Já o discurso obtido é possuidor de elementos estruturais do fenômeno a ser compreendido, uma vez que esse discurso refere-se à experiência que os sujeitos vivem. É pela descrição que se alcança a essência, na medida em que o ser se manifesta tal como é. Vale salientar que o pesquisador não tem interesse em saber o que o sujeito pensa, qual é a sua opinião, mas interessa-se por aquilo que o sujeito está experienciando.

Para Martins et al. (1990, p.145), *“a descrição é um relato de alguém que sabe alguma coisa para alguém que não sabe, não se trata de uma redação ou de um relatório”*. É a partir da descrição que o pesquisador tem contato com o mundo do sujeito que percebe e experiencia o fenômeno que se estuda, pois, no seu relato, está contido o sentido que esse dá às situações que está vivendo.

Ainda com relação à descrição, Martins & Bicudo (1994, p.46) argumentam o seguinte:

“Será tão melhor quanto mais facilitar o leitor ou o ouvinte, a reconhecer o objeto descrito. O seu mérito principal não é sempre a exatidão ou o relato dos pormenores do objeto descrito, mas é a capacidade de criar, para o ouvinte (ou para o leitor) uma reprodução tão clara, quanto possível, do mesmo”.

A **redução fenomenológica** é o segundo momento da trajetória. Nele o pesquisador seleciona as partes da descrição que são consideradas essenciais e aquelas que não o são. O pesquisador deverá colocar-se no lugar dos

sujeitos para refletir sobre suas vivências descritas e, assim, atribuir significados a elas (Triviños, 1994, p.44).

Esse é o momento em que o pesquisador coloca o fenômeno em suspensão, denominado por Husserl de **epoché**, e significa redução de toda crença, teoria ou explicação a priori (Martins et al., 1990, p.145).

Ainda com relação à redução fenomenológica, Husserl esclarece que nessa fase ocorre uma mudança de comportamento no pesquisador ao afirmar que, *“pela epoché fenomenológica, reduzo meu humano natural e a minha vida psíquica — domínio da experiência psicológica interna — ao meu eu transcendental e fenomenológico, domínio da experiência transcendental e fenomenológica”* (Zitkoski, 1994, p.49-50).

A **compreensão fenomenológica** é o terceiro momento da trajetória. Nele ocorre a explicitação da redução, visto que as expressões ingênuas do discurso são substituídas por expressões próprias do pesquisador. A compreensão só é possível quando há interpretação. Assim, o pesquisador só chega à compreensão do fenômeno quando desenvolve a análise interpretativa da descrição do sujeito envolvido na pesquisa.

Enfatizando esse aspecto, Graças (1996, p.26) afirma que, *“da compreensão, pode-se dizer também que está sempre atrelada à interpretação; só interpretamos o que previamente foi compreendido, sendo a linguagem responsável para torná-la explícita”*.

Nessa mesma direção, Valle (1995, p.28) destaca a relevância da linguagem do sujeito ao fazer a seguinte afirmativa:

“A linguagem do sujeito pode ser a chave para a compreensão de determinadas situações que o pesquisador deseja investigar e ter assim acesso ao mundo próprio, particular desse sujeito possibilitando a ele, pesquisador, adentrar ao mundo vivido por essa pessoa”.

Na compreensão tenta-se obter o significado existente na descrição e na redução. Ocorre a síntese das unidades de significados que foram destacadas a partir da análise das descrições dos sujeitos da pesquisa, indo em busca de suas convergências, divergências e idiossincrasias (Corrêa, 1997, p.86).

Compreender, sendo uma forma de cognição, é obter o objeto a ser compreendido na sua intenção total. Nessa fase, o pesquisador necessita de espírito criativo e dedicação, de modo a criar formas para explicitar a sua compreensão. Segundo Heidegger (1995, p.218), “ *toda compreensão guarda em si a possibilidade de interpretação, isto é, de uma apropriação do que se compreende*”.

Na busca de compreender a experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro, o presente estudo tomou por base o referencial da fenomenologia. A opção por trabalhar com a fenomenologia deve-se ao fato de ser um método que se adequa ao estudo em questão, uma vez que o objetivo dessa linha de investigação é descrever a experiência tal como ela realmente se apresenta.

CAPÍTULO IV

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

1. Minha opção pela trajetória metodológica

Ao decidir investigar a experiência vivenciada por mães de recém-nascidos prematuros, procurei determinar caminhos que melhor me conduzissem a essas mães. Ou seja, busquei definir um método capaz de levar-me à compreensão do fenômeno investigado. Assim, optei pela pesquisa qualitativa por considerá-la adequada para tratar o objeto deste estudo, uma vez que esta possibilitou minha aproximação da realidade objetiva e contribuiu para realizar o propósito de compreender o que queria estudar como fenômeno humano. Noutros termos, esta abordagem *“trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”* (Minayo 1997, p.21).

Nesse sentido, Benjumea (1997,p.18) comenta que, na investigação qualitativa, o pesquisador tem como principal objetivo interpretar e construir os significados que os indivíduos atribuem a sua experiência. Acrescenta a aludida

autora que esse tipo de pesquisa é de grande relevância para os profissionais de saúde que lidam com o cuidado, a comunicação e a interação com as pessoas.

A modalidade de pesquisa qualitativa utilizada neste estudo é a fenomenológica, segundo a modalidade *estrutura do fenômeno situado*. Para Martins & Bicudo (1994, p.75), ao trabalhar esse tipo de abordagem, o pesquisador deve inicialmente situar o fenômeno, isto é, deve haver um sujeito que descreva sua vivência em uma determinada situação. Esclarecem os referidos autores que vivência é entendida como experiência, mas é a experiência percebida de modo consciente por aquele que a vivencia.

Ferraz (1997, p.45) ressalta que as abordagens fenomenológicas estão presentes no campo da enfermagem, permitindo estudar, com rigor, fenômenos que não são possíveis de investigar quantitativamente, por envolver dimensões subjetivas que são experienciadas no mundo-vida dos sujeitos, como a enfermidade e a morte.

No tocante à trajetória fenomenológica, busca-se, através dela, compreender os significados que os sujeitos participantes do estudo atribuem às suas experiências, sem se preocuparem com a gênese psicológica destas, nem com explicações causais ou formulações de leis. Ao seguir essa trajetória, o pesquisador não parte de um problema, mas de interrogações sobre dúvidas advindas da região onde o fenômeno está ocorrendo. Assim, na perspectiva fenomenológica, a trajetória metodológica tem como objetivo *“buscar a essência do fenômeno que deve mostrar-se através das descrições ou discursos dos sujeitos, a partir do seu mundo real vivido. Os discursos, referindo-se às experiências que os sujeitos vivenciam no seu mundo-vida, indicam uma situacionalidade destes sujeitos. Busca-se, dessa maneira, exclusivamente aquilo que se mostra”* (Schneider 1995, p.36).

Dentro desse enfoque, Machado (1994, p.37) destaca que o encontro entre o pesquisador e o fenômeno a ser investigado segue uma trajetória, cuja

finalidade é “ir à coisa mesma” e, na tentativa de tornar visível e explícita a constituição da realidade do mundo-vida, revela-se a essência do fenômeno.

Portanto, a trajetória metodológica adotada neste trabalho foi direcionada na busca de compreender a experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro, tendo como região de inquérito o mundo-vida onde estava localizado o fenômeno investigado. Por isso, a pesquisa foi realizada em dois contextos onde esse fenômeno ocorre. O primeiro foi a Clínica Obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, por ser um serviço de referência para atender à gestante de alto risco. Esse primeiro contexto facilitou a minha aproximação com as mães que tiveram seus filhos prematuros. A escolha da Clínica Obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley deveu-se ao fato de ser uma instituição voltada para o ensino, a pesquisa e a extensão, além de ser o campo de atuação em estágio supervisionado com os meus alunos do curso de graduação em Enfermagem.

O segundo contexto escolhido para a realização da pesquisa foi o ambiente familiar, ou seja, as residências das mães dos recém-nascidos prematuros. Resolvi ir às residências dessas mães julgando que seria necessário captar suas vivências no contexto familiar, por ser esse um *“palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos”* (Cruz Neto, 1997, p.54).

2. Primeiro contato com as mães de recém-nascidos prematuros

Inicialmente solicitei autorização à comissão de ensino e pesquisa do referido hospital para a realização do estudo. Ao ser autorizada, passei a ir, com frequência, à clínica selecionada para a investigação, a fim de manter contatos prévios com as mulheres que tiveram parto prematuro. Nesse primeiro contato,

explicitava a minha proposta de trabalho e o meu interesse em trabalhar com elas, como também a possibilidade de um posterior encontro nas suas residências, para a realização de uma entrevista, a fim de coletar os dados referentes ao fenômeno da experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro.

Esse primeiro momento foi importante por propiciar um envolvimento empático entre a pesquisadora e os sujeitos do estudo, facilitando o relacionamento de pessoa a pessoa, o qual é fundamental na pesquisa qualitativa e determinante para a aproximação da pesquisadora com a possibilidade de compreensão do fenômeno a ser investigado.

Para Capalbo (1984, p.148), a empatia corresponde a um sentimento pessoal que pode ser experienciado por todos nós. É ainda um modo de relacionamento que permite um encontro sem ser necessário que vivamos aquilo que é vivenciado pelo sujeito da pesquisa. Após as mães confirmarem seu desejo de participar da pesquisa, eram anotados seus endereços e telefones (quando possuíam) para viabilizar a minha aproximação com seu mundo-vida no contexto familiar.

3. Posicionamento ético do pesquisador

Foram observados os princípios éticos da pesquisa em seres humanos no contexto brasileiro, preconizados pelo Conselho de Saúde, através da Resolução 196/96. Para tanto, dei às mães as devidas informações quanto ao objetivo do estudo, ao anonimato do sujeito, ao consentimento verbal e à permissão para a utilização do gravador, esclarecendo possíveis dúvidas surgidas. Informei também sobre a liberdade que elas tinham de interromper sua participação no estudo em qualquer momento, sem prejuízos para a sua assistência, se assim desejassem. Assim, após o consentimento livre e esclarecido de cada participante, foi agendada a entrevista.

4. Processo de descrição dos depoimentos das mães

Para a apreensão do fenômeno a ser investigado, a partir da questão norteadora: **fale sobre sua experiência de ser mãe de um recém-nascido prematuro**, utilizei a técnica de entrevista fenomenológica. De acordo com Carvalho (1987, p.37), na entrevista fundamentada na metodologia fenomenológica, *“não se busca uma linguagem que seja a soma de pensamentos e idéias. Busca-se uma linguagem que seja ‘fala originária’, fala esta que possibilite a mediação com o outro e a comunicação com o mundo”*.

Trabalhei diretamente com os discursos, uma vez que, nessa modalidade de pesquisa, o discurso do sujeito é a prova de sua existência. É através dele que o indivíduo revela a sua experiência exatamente como está acontecendo, contendo significados da totalidade da experiência vivida (Machado, 1994, p.38).

As entrevistas foram realizadas nas residências das mães participantes do estudo, com o agendamento prévio de data e horário convenientes aos sujeitos e à pesquisadora. Ocorreram nos meses de abril e maio de 1997, no turno da tarde, para não mudar a rotina das mães, uma vez que geralmente pela manhã estas têm mais atividades a realizar. Os discursos foram gravados sempre com a permissão das mães envolvidas no estudo, visando proporcionar-lhes maior oportunidade para externarem seu mundo-vida.

Ao chegar às suas residências, eu era sempre bem recebida por essas mães, que vinham ao meu encontro receptivas e sorridentes. Antes de iniciarmos a entrevista, conversávamos informalmente num “bate-papo” descontraído. Geralmente, naquele momento, as mães estavam com seus bebês ao colo, amamentando-os. Nesse ato, eu contemplava a felicidade que elas deixavam transparecer por estarem com seu bebê em casa e pela condição de saúde em que essas crianças se encontravam. Muitas comentavam, com ar de surpresa, a evolução das suas crianças, reportando-se ao período de hospitalização. Durante a entrevista,

foi utilizado o gravador para facilitar a apreensão dos discursos, visto que na pesquisa fenomenológica os dados são coletados através da comunicação dos sujeitos que descrevem uma determinada experiência a partir de seu mundo-vida.

Todas as mães permitiram a gravação do discurso, mesmo aquelas que se apresentavam tímidas diante do gravador. Apesar de este equipamento muitas vezes inibir o entrevistado, a técnica de gravação é muito útil para a entrevista fenomenológica, pois permite o livre diálogo entre o sujeito e o pesquisador sem necessitar de anotações. Por outro lado, o informante recebe atenção integral do entrevistador no que concerne à verbalização do discurso, à expressão facial, ao silêncio, enfim ao momento de desvelamento do fenômeno que está sendo investigado.

Participaram da pesquisa oito mulheres que tiveram parto prematuro, contemplando a faixa etária entre 16 a 30 anos de idade. Dessas mulheres, quatro eram primíparas e quatro multíparas. Os depoimentos foram coletados até o momento em que foi possível visualizar as convergências nas falas das entrevistadas. Esse número foi determinado à proporção que o fenômeno ia sendo desvelado, julgado suficiente, considerando-se a ocorrência de convergências. Devo esclarecer que, na pesquisa fenomenológica, não se evidencia o quantitativo dos dados, mas sim o enfoque qualitativo. Isso ocorre porque, nessa modalidade de pesquisa, o sujeito é tido como um atribuidor de significados, originário de suas experiências reais vividas. Portanto, a pesquisa *“não se baseia no critério numérico para garantir a sua representatividade”* (Deslandes, 1997, p.43).

Fini (1994, p.29) reforça esse aspecto, ao afirmar que, na pesquisa fenomenológica, trabalha-se com um número menor de sujeitos do que em outras abordagens. Segundo ela, a partir de um certo número de sujeitos, as descrições tendem a ter significados percebidos pelo pesquisador como equivalentes. A respeito do papel do pesquisador nessa abordagem, a aludida autora esclarece: *“Ao olhar atentamente as descrições obtidas é que se declara satisfeito, considera que é*

suficiente, pelo menos por enquanto, os conhecimentos obtidos, pois estes permitem que o fenômeno se mostre para ele, numa ou mais perspectivas mas não em todas”.

Foi através das descrições das mães de recém-nascidos prematuros que busquei respostas para a indagação sobre o que queria apreender, extraindo significados que me levariam à compreensão do fenômeno, que é ser mãe de recém-nascido prematuro.

As mães de recém-nascidos prematuros participantes da investigação tiveram seus depoimentos identificados por números, de modo a garantir o anonimato das entrevistadas. A numeração foi inserida após cada relato, a fim de facilitar o acesso do leitor aos depoimentos.

5. Etapas da análise

Na pesquisa fenomenológica, os procedimentos de análise não devem seguir um só padrão, nem serem definitivos. *“Cada pesquisador usufrui de flexibilidade e liberdade quanto a esses procedimentos, podendo modificá-los nos modos que sejam mais apropriados à abordagem do fenômeno em estudo”* (Valle, 1988, p.47).

Portanto, optei por seguir as etapas do método da análise qualitativa do fenômeno situado, as quais, de acordo com Martins & Bicudo (1994, p.99-100), são: a) **o sentido do todo**; b) **a discriminação das unidades de significado**; c) **transformações das expressões do sujeito em linguagem psicológica do pesquisador**; d) **síntese das unidades de significado transformadas em proposição**. Segundo os citados autores, essas etapas não precisam ser seguidas rigidamente pelo pesquisador, mas representam o caminho para chegar-se à compreensão do fenômeno.

Momentos da Análise

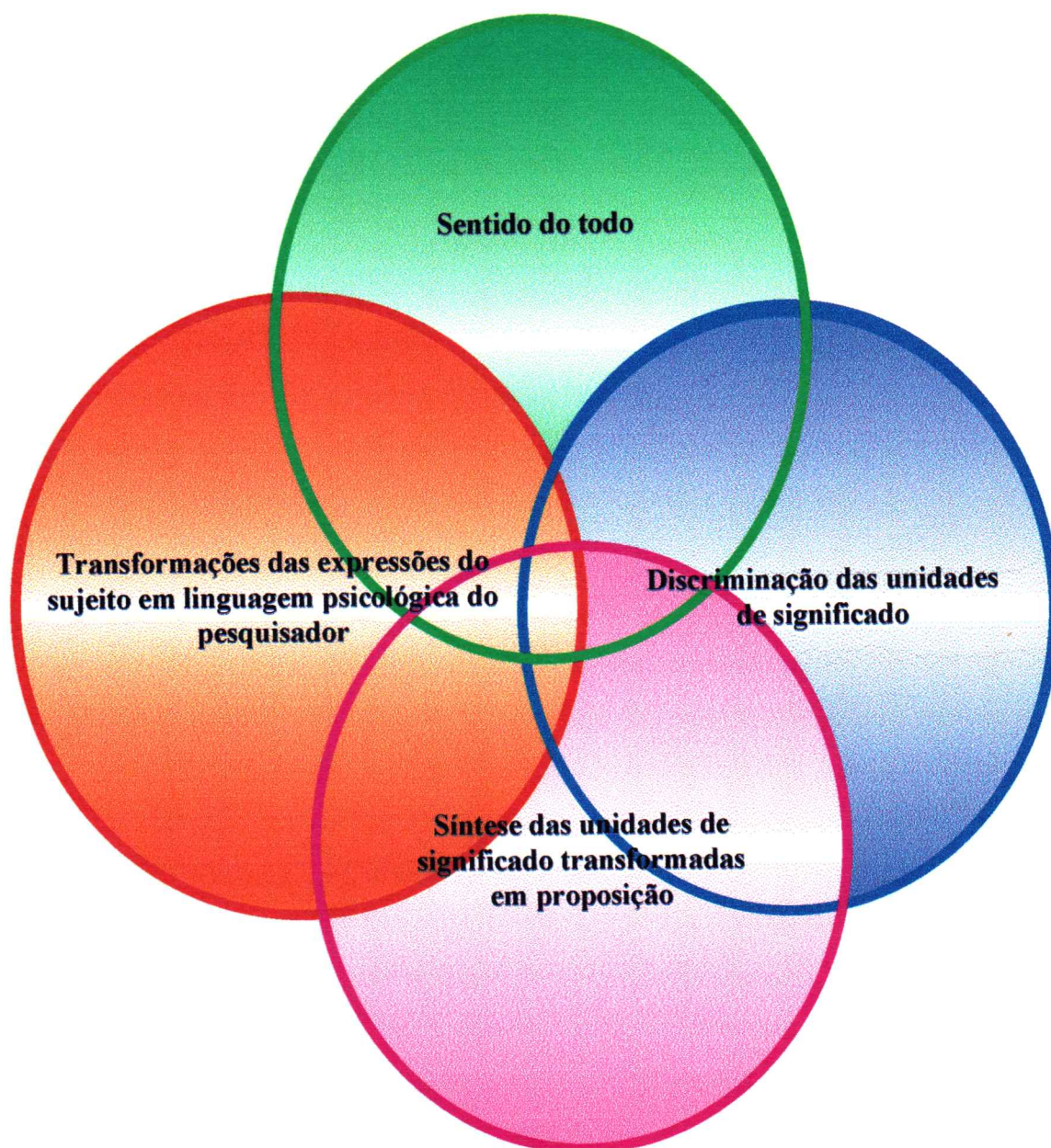


Figura 1: Representação gráfica dos momentos da análise qualitativa do fenômeno situado.

CAPÍTULO V

**EXPERIÊNCIA DE SER MÃE DE RECÉM-NASCIDO
PREMATURO: COMPREENSÃO DOS DISCURSOS**



Fonte: Revista Crescer em Família, Ano 5, nº 54, maio 1998.

*P*ara desvelar o fenômeno investigado, após a obtenção dos discursos, seguindo o método de análise qualitativa do fenômeno situado, conforme foi citado no capítulo precedente, passei a realizar leitura atenta das falas contidas nos depoimentos. Li os depoimentos várias vezes, sem fazer interpretações, procurando familiarizar-me com seus conteúdos, a fim de sentir as emoções que as mulheres exteriorizaram através dos seus discursos. Para tanto, coloquei-me no lugar das depoentes e tentei compreender a experiência vivida por elas, assumindo a posição não de mero espectador, mas de alguém que busca os significados atribuídos vivencialmente. Esse processo permitiu-me chegar ao sentido geral da descrição, ou seja, ao **sentido do todo**. Procurei me despojar de conceitos e juízos prévios, voltando-me não para as palavras, mas para o ser¹ que fala. Assim, busquei apreender a essência do fenômeno em destaque.

Em seguida, passei a **discriminar as unidades de significados**, relendo várias vezes, seqüenciadamente, todos os depoimentos, procurando identificar os significados revelados nos discursos das mães de recém-nascidos prematuros do estudo. Através de um movimento de convergências e divergências desses significados, passei a estruturar algumas unidades de significados, marcando ou pondo em evidência, deixando de lado o que era julgado secundário, para extrair o essencial. Essas unidades de significados foram construídas através de um movimento norteado pela imaginação e sentimento a partir da questão norteadora: **fale sobre sua experiência de ser mãe de um recém-nascido prematuro**.

Na pesquisa qualitativa que trabalha com o fenômeno situado, a imaginação representa a expressão do ser do homem e uma articulação do

¹ Para Heidegger (1981, p.11) ser "é a maneira como algo se torna presente, manifesto, entendido, percebido, compreendido e finalmente conhecido para o ser humano".

mundo, orientada pelo sentimento. Nesse contexto, o pesquisador enfrenta um mundo que solicita um pensar, um agir, um falar, compreendidos como categorias separadas da experiência (Martins & Bicudo, 1994, p.79).

A respeito dessa etapa, Barbosa (1993, p.32) esclarece:

“Para discriminar as unidades de significados, o pesquisador anota-as diretamente na descrição sempre que perceber uma mudança psicologicamente sensível de significado da situação para o sujeito. Portanto, estas não estão prontas no texto, dependem da perspectiva em que o pesquisador se coloca. Uma unidade de significado é, em geral, uma parte da descrição cujas fases relacionam-se umas às outras”.

Portanto, após a obtenção das unidades de significados, procurei expressar o significado contido nelas, **transformando as expressões das mães em linguagem psicológica**, evidenciando a compreensão que tive das falas das depoentes.

Valle (1995, p.36) enfatiza que, na análise fenomenológica, ocorrem transformações. Significa dizer que, ao chegar a uma compreensão da experiência vivida pelo sujeito, o pesquisador transforma a experiência do indivíduo, expressa através de sua linguagem, em linguagem própria do pesquisador. Sobre esse processo de transformação, a autora acrescenta:

“O pesquisador traduz essa compreensão em categorias clarificadoras as quais são a essência da experiência original. Tais categorias são ainda configuradas em uma descrição final que reflete o que o pesquisador pensou sobre a experiência que outra pessoa descreveu, expressou, de algum modo”.

Finalmente, sintetizei as unidades de significados, **transformando-as numa proposição consistente**, relacionada às experiências das mães de recém-nascidos prematuros para, com isso, chegar à estrutura do fenômeno e à sua essência. Essa transformação ocorreu através de um movimento de reflexão e variação imaginativa, no qual imaginei cada parte contida no contexto como

presente ou ausente, até que a descrição foi reduzida à essência da experiência vivida pelas mães.

Machado (1994, p.38) alerta que o pesquisador, ao analisar uma descrição, deve despojar-se de seu referencial teórico paradigmático, enfatizando:

“ Não significa que o pesquisador exclua o seu pensar, que não tenha uma postura prévia, pois, ao interrogar sistematicamente um fenômeno, ele já está sendo dirigido por um compreender pré-reflexivo do que ali vai encontrar. Ao recusar os pré-conceitos, as teorias explicativas, ele não parte de um marco zero ou vazio conceitual; ele parte de um nível pré-reflexivo que se torna reflexivo à medida que toma consciência e vai chegando a uma inteligibilidade do fenômeno”.

Após essas etapas, procedeu-se à interpretação, que são as generalizações feitas a partir das convergências das unidades de significados. Essa interpretação não é conclusiva, pois não há conclusão na pesquisa fenomenológica, na medida em que os resultados são construídos a partir da interpretação de quem os faz.

A partir da análise qualitativa do fenômeno situado, foram apreendidas as seguintes unidades de significados:

- ♦ **Vivência com o nascimento do filho prematuro: sentimentos de insegurança e medo da perda.**
- ♦ **Vivência com o filho prematuro submetido aos recursos terapêuticos: sentimentos de tristeza, angústia e pena.**
- ♦ **Vivência no espaço hospitalar: sentimentos de inquietação e ansiedade.**
- ♦ **Vivência com os profissionais de saúde no ambiente hospitalar: reflexos de incompreensão e falta de comunicação.**

- ♦ **Vivência nos momentos de aflição: a busca de apoio na fé e nos familiares.**
- ♦ **Vivência nos cuidados com o filho prematuro: sensação de despreparo e preocupação com a integridade do bebê.**

Assim, os significados atribuídos pelas mães de recém-nascidos prematuros, conduziram-me à construção das unidades de significados apresentadas a partir da análise qualitativa do fenômeno situado, como se encontra simbolizado a seguir.

Estrutura Geral do Fenômeno



Figura 2: Representação gráfica da estrutura geral do fenômeno situado.

1. Vivência com o nascimento do filho prematuro: sentimentos de insegurança e medo da perda

Ao tomarem conhecimento de que seu filho nascerá antes do tempo previsto, as mães vivenciam o medo de perder o que elas carregaram no ventre e protegeram por um período de tempo, como podemos observar em seus discursos:

O pior de ter prematuro é o medo de perder, é um medo muito grande de perder, de ter sido tudo em vão (...) (D1).

Quando eu soube que ele ia nascer prematuro, eu tive medo, medo mesmo porque dizem que não se cria, né? Uma criança de sete meses, aí eu tive medo dele não se criar (D2).

Quando eu soube que meu filho ia nascer prematuro, eu fiquei com muito medo. Eu fiquei com tanto medo, que nunca tive tanto medo na minha vida (D5).

Eu pensava logo: daqui que eu veja crescer, vai custar tanto que passa logo pela cabeça da gente que morre primeiro. É muito medo, muita insegurança (D5).

Quando eu soube que ela ia nascer prematuro, eu senti medo (...) (D6).

A minha experiência foi muito difícil porque, quando ele nasceu, eu tive muito medo dele não resistir (D7).

(...) porque eu achava que minha filha ia morrer (D8).

A ocorrência do parto prematuro desencadeia um desequilíbrio emocional na mulher, uma vez que pensar na possibilidade da morte do bebê constitui um fator de muito sofrimento, que muitas vezes, é vivenciado como uma perda antecipada. O medo é retratado no mundo da vida da mãe ao deparar-se com a ameaça de morte que a prematuridade revela. Nisso, as mães são tomadas

por uma angústia avassaladora que não pode ser eliminada facilmente porque pertence à própria existência humana o medo de defrontar-se com o não ser mais, pois a morte, enquanto fim da existência no sentido material, está presente na vida do homem. No caso das mães de recém-nascidos prematuros, a morte, enquanto possibilidade da existência, se mostra quando essas sentem que a existência do seu filho está ameaçada diante da ocorrência do nascimento antes do tempo previsto. Sabemos que a finitude faz parte da existência, entretanto é muito difícil para o ser humano aceitá-la.

A perda de um ente² é um acontecimento marcante na vida do ser humano. Assim, a possibilidade de perder um filho que acabou de nascer representa a perda de uma parte do ser-mãe, uma vez que o bebê significa uma extensão do seu ser, pelo fato de, por um período de tempo, os dois serem uma só pessoa. Por esse motivo, torna-se difícil para a mãe ficar tranqüila diante da condição de saúde da criança, porque aquele bebê, que faz parte de sua existência, encontra-se ali, indefeso, em uma incubadora.

Portanto, para as mães de recém-nascidos prematuros, a situação é desalentadora, porque, além da possibilidade de perder o filho, elas ficam privadas de dar afeto e proteção, bem como de dispensar os cuidados físicos necessários ao bem-estar do bebê.

2. Vivência com o filho prematuro submetido aos recursos terapêuticos: sentimentos de tristeza, angústia e pena

No tocante aos recursos terapêuticos que são utilizados no tratamento do recém-nascido prematuro, foi possível apreender, através dos discursos, o sentimento da mãe ao deparar-se com a situação do filho recém-

² Segundo Heidegger (1995, p.32) *ente* "é tudo o que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos".

nascido: uso de aparelhos e cateteres em incubadoras; fototerapia, bombas de infusão, sonda nasogástrica, cateter umbilical, cateter nasal, oxímetro de pulso, dentre outros recursos terapêuticos necessários à restauração da saúde do recém-nascido.

Ao ver seu filho recém-nascido usando esses equipamentos, a mãe vive um desgaste emocional que dá origem a sentimentos ambíguos como, por exemplo, medo devido à ameaça de morte que paira sobre seu filho, e tristeza pelo sofrimento que a criança está vivendo. Diante daquela situação, a mãe tem a impressão de que a criança está com sua existência ameaçada. Com isso, fica ansiosa e deprimida, pois a vida do bebê é o significado da sua existência e nada é mais importante do que isso, como evidenciam os relatos a seguir:

Eu fui lá no berçário, eu fiquei assim meio triste (...). Cabecinha raspada, na sonda, oxigênio(D1).

Aí dá pena, a gente fica pensando que a criança está em estado grave(D1).

Quando eu vi ele na sonda, no oxigênio e no soro, eu tive pena dele. Quando eu chegava lá, era muito difícil eu entrar lá no berçário(D2).

Quando eu vi cheio de aparelhos, fiquei louca, fiquei depressiva demais porque eu nunca tinha visto com nenhum dos outros dois filhos, nunca tinha acontecido isso (D3).

Quando eu vi com a sonda e o soro, eu tive pena delas (...)(D4).

Depois que eu vi ele lá na incubadora aí começou aquele medo(D5).

Foi um impacto muito grande de ver ela cheia de aparelhos daquele jeito tão pequenininha, cheia de coisa (D6).

Era muito difícil, você vendo sua filha ali sofrendo(D8).

Quando eu soube que ela ia fazer esse exame na virilha, eu chorei tanto! Foi preciso me tirarem de perto dela porque eu tava chorando demais (D8).

Fica difícil para a mãe aceitar sua criança ligada a todos aqueles aparelhos. Isso ocorre especialmente porque o ambiente em que o bebê se encontra, devido aos equipamentos sofisticados e à tecnologia empregada, dá uma aparência de desumanidade e sofrimento. Por outro lado, a falta de informação à mãe sobre a utilidade desses equipamentos contribui para aumentar sua tensão emocional.

Pude apreender nos depoimentos (D1) e (D2) que a mãe sente compaixão pelo filho (aqui representada pela palavra “pena”), ao vê-lo sofrendo com o uso de sondas e aparelhos, porque o tratamento muitas vezes é doloroso, e para elas é muito difícil ter que conviver com essa realidade.

Os depoimentos a seguir mostram que a reação das mães, ao se depararem com seus filhos na incubadora, é tão chocante que a primeira alternativa que encontram é fugir:

Quando eu cheguei no berçário para ver ele na incubadora, eu não consegui entrar lá não. Eu não tive coragem (D2).

Quando eu cheguei na incubadora e vi, ai meu Deus, tão magrinhas! Aí eu fiquei doidinha, não passei nem um minuto, voltei para o quarto chorando (D4).

Essa fuga da realidade é usada como uma forma de negar sua experiência naquele momento. Elas não se aproximaram do bebê, como se isso fosse uma saída para evitar o sofrimento que sentiam, tentando anular sua vivência. Entretanto, essa fuga gera graves conseqüências, uma vez que, adotando essa atitude, a mãe se distancia da criança, não interagindo com ela.

Fica também claro em alguns depoimentos que a fototerapia representa um dos recursos utilizados no tratamento do recém-nascido prematuro que mais angustia as mães, como podemos observar a seguir:

A fototerapia é muito deprimente, né? Toda mãe fica nervosa porque o bebê chora muito (D1).

Você chega lá no berçário, pensa que a criança está morta, cheia de aparelho, com aquela venda no rosto, por causa da fototerapia (D8).

Observa-se, assim, que a mãe fica mais deprimida com o uso da fototerapia devido ao choro intenso da criança. Como não pode acalantar o seu bebê, sente-se impotente e, por isso, prefere afastar-se. Outro aspecto apreendido é que, pelo fato de a criança estar na incubadora com os olhos vendados, a mãe tem a impressão de que ela está morta, e isso é suficiente para deixá-la angustiada e temerosa quanto ao futuro do filho.

3. Vivência no espaço hospitalar: sentimentos de inquietação e ansiedade

Os depoimentos das mães entrevistadas retratam o quanto é difícil permanecer no hospital por vários dias, como podemos observar a seguir:

Eu saí do hospital com medo de cuidar de duas crianças prematuras, mas queria ir embora porque quando a gente está no hospital fica doida pela alta, né? (D1).

Eu não agüentava mais estar ali dentro. Toda vez que minha mãe chegava eu dizia isso(D2).

Eu estava sem dormir, eu estava discutindo direto no hospital, estava sendo chamada de rebelde. Também o fato de estar no

hospital já deixa a gente estressada e, além do mais, eu passei quinze dias no hospital, não é brincadeira! (D3).

É uma barra viu? É uma barra você chegar assim (silêncio) ficar no hospital o tempo inteiro (...). Tem que ter coragem, ter que passar um mês no hospital (D4).

Eu me desesperava demais, passou quinze, vinte dias e eu lá. Ah ! eu me aperreava demais(D6).

No hospital você sabe, é estressante demais, umas pessoas tratam bem e outras não tratam (D8).

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 os seus sentimentos transcendem o seu querer-estar-com o outro.

O depoimento (D1) revela que a permanência no hospital é tão estressante para a mãe de recém-nascido prematuro, que ela prefere ir para casa, mesmo não se sentindo preparada para cuidar do filho, pondo em risco a saúde deste.

Ao se depararem com a realidade que as obriga a permanecer no hospital até a alta da criança, essas mães sentem-se extremamente insatisfeitas, porque o ambiente hospitalar as incomoda, tira sua privacidade e rouba a sua cotidianidade, fazendo com que se sintam ameaçadas. Diante dessa realidade, reagem muitas vezes de maneira agressiva para com os entes que lhes estão próximos. É o caso, por exemplo, das enfermeiras que passam mais tempo com o paciente, de modo que os problemas mais corriqueiros são resolvidos com esses profissionais. Surgem assim várias situações que vão desde a desconfiança com relação à capacidade dos profissionais, pois as mães acham que não cuidam do

seu filho de forma correta, até a afirmação de que não estão sendo bem tratadas no hospital, como podemos ver:

A gente fica pensando que a criança está em estado grave e que a culpa é dos médicos, será que tem os recursos necessários mesmo? Será que não é melhor transferir para outro canto e tal? A gente fica doidinha achando que pode fazer uma coisa a mais por eles, né? E fica também em dúvida se realmente estão cuidando direito (D1).

Acrescente-se a isso a atmosfera hospitalar estranha, a linguagem utilizada pelos profissionais, incompreensível para os leigos, e o sentimento de culpa pelo problema do bebê. Isso tudo contribui para que as mães percam a confiança em si e nos profissionais que cuidam do seu filho, evidenciando comportamentos de ansiedade.

Em função da hospitalização, a mãe pode apresentar-se ansiosa. Com isso, tende a perder a flexibilidade e espontaneidade nas relações interpessoais, diminuindo a sua capacidade de perceber o mundo. Conseqüentemente interpreta mal os acontecimentos e as comunicações verbais que lhes são dirigidas.

4. Vivência com os profissionais no ambiente hospitalar: reflexos de incompreensão e falta de comunicação

Através das falas das mães de recém-nascidos prematuros, transcritas a seguir, pode-se apreender suas insatisfações com relação ao tratamento que lhes é dispensado no hospital pela equipe médica e de enfermagem:

A gente fica no pé dos médicos, no pé das enfermeiras, perguntando direto a eles, apesar de às vezes o povo não gostar nem de explicar e falam que tem pressa, não respondem logo e eu sou muito curiosa e gosto de ficar perguntando, e às vezes o médico não gosta de ficar dizendo, de ficar repetindo os problemas, e quando repetem, repetem na linguagem deles que a gente é leiga e não entende (D1).

Os médicos deviam conversar mais e as enfermeiras deveriam receber melhor as mães porque elas reclamam muito, elas não gostam que as mães perguntem muito (D1).

Lá no hospital, algumas médicas explicam como a criança está, algumas, não são todas não. Algumas diziam, explicavam direitinho, mas tinham outras que não diziam, diziam que ele estava bem, não dizia como ele estava passando (D2).

Então as enfermeiras não aceitam pacientes que ficam reclamando no hospital, então fica aquele clima. Os médicos, se você perguntar como cuidar do neném, tem deles que explicam, se não eles também não ligam não (D4).

Lá no hospital os enfermeiros e médicos não preparam a gente prá nada não e, às vezes, quando a gente pergunta as coisas, tem deles que se chateiam (...) (D7).

Lá no hospital, o pessoal não fala nada prá gente (D8).

Como se pode observar nos depoimentos das mães de prematuros, um dos problemas enfrentados no âmbito hospitalar é a relação delas com a equipe médica e de enfermagem que ali trabalha. Afirmam que esses profissionais não lhes dão a atenção de que necessitam e que muitos não gostam de conversar com elas. Quando são abordados, falam que estão ocupados e por isso não podem atendê-las naquele momento. Este é mais um problema enfrentado pelas mães no ambiente hospitalar, ficando evidente uma lacuna na assistência prestada.

As mães sentem-se angustiadas por não receberem informações suficientes a respeito do estado de saúde do filho. Afirmam que, quando abordam os médicos e enfermeiras para saber sobre o bebê, esses profissionais ficam aborrecidos e alegam que não têm tempo para conversar com elas. Os poucos profissionais que lhes dão alguma explicação sobre a criança falam numa linguagem que não é compreensível para elas, como foi enfocado no depoimento (D1).

Percebo que essas mães demonstram preocupação em obter informações sobre a condição da criança, na tentativa de que o mundo da prematuridade se torne familiar para elas, ajudando-as a superar suas dificuldades. Além disso, esperam que essas informações lhes tragam alguma esperança de alívio para suas inquietações.

Como se sabe, a doença faz parte da existência do ser humano. Entretanto, quando se torna uma realidade vivida, provoca uma rutura no seu modo de ser-no-mundo. A maioria dos prematuros nascem doentes e, diante disso, a mãe passa a experienciar vários sentimentos como medo, incerteza, angústia, entre outros. Portanto, durante sua permanência no hospital, a mãe necessita de compreensão, afeto e estímulo para assumir a sua realidade existencial. Ela espera da equipe médica e de enfermagem compreensão e apoio para enfrentar o seu cotidiano.

5. Vivência nos momentos de aflição: a busca de apoio na fé e nos familiares

O que se revela no conjunto de depoimentos transcritos a seguir é que as mães de recém-nascidos prematuros, em seu cotidiano no contexto hospitalar, experienciam situações difíceis as quais lhes fazem ir em busca de apoio para poderem superá-las.

(...) Apesar de tudo é dificultoso mas é uma chance, aí você se agarra a ela e tem fé em Deus (...)(D1).

Para superar os temores eu pensava positivo, tentava ser otimista, mas às vezes não dava pra ser não. Eu também rezava muito, tentava dormir prá ver se acalmava, mas não tinha jeito (D3).

Para superar as dificuldades eu pensava assim: vai dar tudo certo, pedia a Deus para superar mesmo e enfrentar (D4).

Quando eu estava desesperada eu corria para o telefone para falar com minha mãe ou com meu marido (D6).

Ah!, eu me aperreava demais, eu também rezava demais, eu rezava demais por ela desde o início, sabe? Nunca deixei não , até hoje, orava muito por ela (D6).

Quando eu estava muito nervosa, eu corria prá ligar prá meu marido (D7).

Também rezava muito, até hoje eu ainda rezo muito pedindo a Deus que dê saúde a ele (D7).

Eu só fazia rezar, eu tinha um terço. Era o ofício de Nossa Senhora que eu rezava direto, eu me apeguei mesmo, eu sei que aquilo me tranqüilizou muito, né? (D8)

Nesses depoimentos, as mães revelam a necessidade de terem um apoio, principalmente nos momentos mais angustiantes de sua vivência. Ao visualizarem a possibilidade do agravamento do quadro e mesmo a hipótese da morte do bebê, as fortes emoções as tornavam vulneráveis e, com isso, não conseguiam superar as dificuldades sozinhas. Para não se entregar ao desespero, elas recorriam à fé em um ser supremo — Deus. Pediam também apoio aos seus familiares, aqui representados pela mãe e pelo marido. Acreditavam que, com esse apoio, teriam forças para enfrentar as situações impostas pela experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro.

Percebe-se, em suas falas, o reconhecimento de Deus como um ser supremo, que tudo pode em relação às suas vidas. Há uma grande esperança de que Deus traga conforto para elas, assim como restaure a saúde do bebê.

Essas mães têm na família outra alternativa de apoio emocional, pois esta representa uma extensão do seu ser. Ao procurarem seus entes queridos, buscam neles um alívio para suas tensões como forma de “escape”. Na intimidade da família, elas podem depositar todos os seus sentimentos sem que sejam reprovadas, e, além disso, não há o risco de comprometer a qualidade da assistência que é prestada a si e a seu filho.

Para dar apoio emocional à mãe de recém-nascido prematuro, não há necessidade de que o profissional tenha conhecimentos sobre psicologia, filosofia ou outras áreas afins. Basta que esteja disposto a ouvi-la, conforme se pode depreender do depoimento de uma das entrevistadas:

Naquela hora difícil você precisa de uma palavra de conforto, de uma pessoa que venha conversar pra você ir superando aquilo (D8).

O medo e a ansiedade podem ser reduzidos através de um contato intersubjetivo. A presença de uma pessoa que inspire confiança junto às mães de recém-nascidos prematuros, durante a sua permanência no hospital, funciona como um agente catalisador de tranquilidade e segurança. Isso porque a mãe encontra-se fragilizada com toda carga de sentimentos, necessitando de compreensão e cooperação.

6. Vivência nos cuidados com o filho prematuro: sensação de despreparo e preocupação com a integridade do bebê

No que concerne à vivência nos cuidados com o filho prematuro, foi possível observar, através dos depoimentos das mães, a ansiedade e o medo. Diante da possibilidade de ter que cuidar do filho que, ao seu ver é frágil, surge o temor, especialmente nas primeiras experiências, como, por exemplo, pegar no colo e amamentar, conforme relatos a seguir:

Eu saí do hospital com medo de cuidar de duas crianças prematuras (...). Mas o medo a gente sempre tem, ainda mais eu que tive logo duas! Sempre dá um medinho, o medo de errar (...) (D1).

Quando eu cheguei em casa, eu me senti insegura, Antes eu tinha medo de pegar porque é pequenininho, tinha medo da coluna (D1).

Eu não tive coragem, eu não peguei nele não, só depois de oito dias que ele foi lá pro quarto, porque eu tinha medo porque ele era muito molinho, pequenininho (D2).

Meu medo é que primeiro eu sou muito nova, eu não sei cuidar dele direito (D2).

A primeira vez que eu peguei nele eu tive medo de pegar errado, de quebrar o bracinho ou a perninha porque é tão fragilzinho, né? (D5).

Quando me deram ele, eu peguei com tanto cuidado, meu Deus, tanto cuidado pra não amassar (D5).

Ela passou um mês na incubadora, aí foi para o quarto, aí eu com medo (silêncio) ela tão pequenininha! (D6).

Eu só fiquei nervosa quando foi para amamentar ele. Eu fiquei muito desajeitada sem saber pegar direito, mas depois aprendi (D7).

Quando eu fui pegar ela no colo, eu tive medo, tão pequenininha! (D8).

Hoje eu estou sentindo dificuldade, porque eu ainda não estou bem preparada. E prá dar a comida a ela, eu fico com medo dela engasgar (D8).

Os depoimentos das mães (D1, D2, D3 e D6) deixam evidente a insegurança que sentem ao cuidar do filho prematuro, mesmo quando vão desempenhar ações simples como pegar no colo. Para justificar esse medo de cuidar, usam termos como: molinho, fragilzinho e pequenininha.

Deixam transparecer que o medo de cuidar do filho prematuro, muitas vezes, afasta a mãe da criança prejudicando a interação mãe-filho. Quanto mais demorada for a aproximação da mãe com seu recém-nascido, mais difícil ficará o processo de interação, o que conseqüentemente refletirá na formação do vínculo entre os dois. É possível que esse medo esteja associado ao fato de algumas mães não se sentirem preparadas para cuidar do seu filho.

Nos depoimentos a seguir, percebe-se que todas as entrevistadas demonstram a preocupação de serem mãe de recém-nascido prematuro, revelando que têm medo de que o bebê adoça:

Mas o medo a gente sempre tem ainda mais eu que tive logo duas! Sempre dá um medinho, o medo de errar, dela ter uma gripe, um vírus. Por ser prematura, a gente pensa que os outros são mais fortes do que elas (D1).

Eu também tenho medo que ele adoça (D2).

Eu não deixo as pessoas pegar nele não, só quem pega mesmo nele aqui mesmo, que chega, é a madrinha dele, somente (D2).

Eu mesma, todas as vezes que vou pegar ele, eu lavo as mãos (...). Mas eu tenho medo que ele adoença (D3).

Hoje eu não tenho mais medo, só um pouco delas adoecer (D4).

Só não deixo as pessoas pegar, beijar elas, mas deixo olhar sempre que querem, não tem problema (D4).

Eu tenho muito medo que ele fique doente. Eu faço o possível para que não fique muita gente perto dele. Não deixo beijar ele no rosto porque eu tenho muito medo dele adoecer (...) (D5).

Eu tenho medo dela gripar, adoecer (D6).

Eu tenho medo que ele fique doente, mas eu tenho maior cuidado prá que ele não adoença (...) (D7).

Eu morro de medo que ela adoença (D8).

Como se pode perceber, as mães deixam transparecer suas preocupações no que diz respeito à saúde da criança. Fica claro que cuidar da saúde do bebê está relacionado a proteger, evitar problemas e dar-lhe um futuro melhor. Essa insegurança é muito forte. Por isso, as mães não permitem que as pessoas peguem os bebês no colo e nem os beijem. Na tentativa de protegerem suas crianças, terminam afastando-as do convívio de familiares e amigos.

A maior preocupação das mães de crianças prematuras é evitar que contraiam doenças e mantê-las distantes das pessoas. É esse cuidado no presente que assegura saúde no futuro, uma vez que a possibilidade de adoecer é uma ameaça concreta. É através desse cuidado que o ser-mãe quer proporcionar o que for possível para que o risco da doença não se concretize.

CAPÍTULO VI

REFLETINDO SOBRE O SER MÃE DE RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Ao compreender as unidades de significados, analisando-as em seu conjunto, chego a aproximar-me do fenômeno de ser mãe de recém-nascido prematuro. Esse ser mãe não se mostra claramente, revela-se em algumas facetas, sob a perspectiva do meu olhar.

As convergências destacadas nos discursos das mães revelam que o ser mãe é um ser-aí, que atribui significados a sua experiência vivida, que habita o mundo e percebe que as coisas coexistem porque estão presentes no seu mundo-vida, como mãe de recém-nascido prematuro, vivenciando sentimentos de ambigüidade como: medo, insegurança, tristeza, angústia, pena, ansiedade e inquietação.

Cumprasse assinalar que a abordagem fenomenológica possibilitou-me apreender modos peculiares da vivência dessas mães diante da facticidade da prematuridade. Entretanto, a compreensão desse fenômeno não foi plena, porque ela é finita e limitadora como o próprio ser humano, que não consegue captar todos os aspectos de suas experiências. Nesse sentido, a verdade se manifesta e

se oculta, impossibilitando o seu desvelamento total, e é essa impossibilidade que nos impulsiona para essa constante busca.

Os depoimentos das participantes desta investigação me fizeram vislumbrar o que significa ser mãe de um recém-nascido prematuro. Significa que o fato de ter uma criança antes do tempo previsto, por si só, já causa uma crise na mãe, devido à ruptura brusca do elo mãe-filho. Para agravar ainda mais a situação, após o parto prematuro, a criança é retirada da presença da mãe e levada para a unidade de neonatologia, onde se dará o início dos procedimentos terapêuticos necessários à sua recuperação.

Diante da fragilidade da saúde da criança, por ser prematura, a mãe vivencia o medo da perda do filho, por estar diante de sua finitude. Ante essa realidade, sente-se impotente por julgar-se despreparada e insegura para ajudar na recuperação do filho e, assim, resgatá-lo para a vida. Isso faz com que sejam desencadeados sentimentos de incerteza quanto ao futuro do bebê, fazendo com que essa mãe necessite de apoio e compreensão para enfrentar a sua realidade.

O medo de perder o filho é tão intenso que, mesmo após a alta hospitalar da criança, a mãe tenta protegê-la de outras pessoas, impedindo sua aproximação do bebê, até que ele se desenvolva mais e apresente vestígios de que está preparado para a vida.

Muitas vezes, tendo em vista a condição da criança, há necessidade de utilização de vários recursos terapêuticos (uso de equipamentos e cateteres) para a sua boa recuperação. Entretanto, para as mães que não vivem nesse ambiente, ao deparar-se com o bebê ligado a esses aparelhos, isso é motivo de medo e ansiedade, julgando que seu filho está em estado muito grave. Para os profissionais que trabalham nesse setor do hospital, tais equipamentos fazem parte do seu mundo-vida. Entretanto, para as mães, levando-se em consideração que o mundo do hospital não faz parte da sua vivência, ver o filho recebendo esse tratamento lhes causa muito sofrimento e dor, uma vez que elas não estão

familiarizadas com os equipamentos e procedimentos utilizados na criança. A esse respeito, Corrêa (1995, p.92) comenta que *“a máquina precisa também ser focalizada na perspectiva do paciente. Às enfermeiras ela é familiar, fazendo parte do seu mundo-vida. Todavia, o mesmo não acontece com o paciente”*.

Isso só ocorre porque os profissionais não preparam a mãe para vivenciar essa situação, deixando-a desinformada sobre a necessidade de uso dos recursos terapêuticos. Se ela fosse preparada antecipadamente, compreenderia os procedimentos para o tratamento do filho e procuraria colaborar para a sua recuperação.

Quanto ao tratamento que se dá às mães de recém-nascidos na unidade neonatal, percebe-se que estas são vistas como mãe de uma criança que freqüentemente é rotulada pela sua patologia. Além disso, muitas vezes, elas não são bem vindas à unidade neonatal. Entretanto, é necessário que sejam tratadas como um ser-no-mundo da referida unidade, onde sua presença é de grande relevância para a recuperação satisfatória do bebê.

Vale ressaltar que vivemos numa era em que a ciência e a tecnologia avançam a passos largos, beneficiando o campo da neonatologia no que diz respeito à utilização de equipamentos de diagnóstico e terapêuticos, aumentando as chances de sobrevivência dos prematuros. Entretanto, é necessário repensar esses avanços para que não contemplem apenas questões técnicas e biológicas. As novas técnicas devem ser desenvolvidas, no sentido de propiciar a essas crianças e suas mães uma assistência mais humanizada. Afinal, não se concebe que, na atualidade, os prematuros e suas mães sejam assistidos de maneira fragmentada, enfocando-se apenas a doença e não o ser que apresenta um desequilíbrio em sua estrutura biológica, e que faz parte de um todo biopsicossocial.

Foi visto também nos relatos das depoentes que, diante da incerteza de recuperação do bebê, a mãe sente-se insegura e, por isso, busca o apoio que lhe é mais conveniente e acessível. Todavia, os fatores desencadeadores de medo são minimizados através da busca na fé num ser supremo – Deus - e do apoio de seus familiares, mais especificamente a mãe e o marido. Essas mães tinham apenas essas duas alternativas, porque, segundo elas, os médicos e enfermeiras não se dispunham a ouvi-las. Quando eram abordados, tentavam fugir do diálogo, alegando não terem tempo para conversar. Assim, ao se sentirem solitárias, buscavam um refúgio para superar a solidão.

O papel da família nesses momentos é muito importante, porque ela atua como uma equipe que se preocupa com a criança e a mãe, auxiliando-a, durante esse difícil processo, a diminuir o estresse que surge em decorrência da condição de saúde do filho, compartilhando com ela a esperança de cura.

Como o tratamento da criança muitas vezes é prolongado, a mãe tem que permanecer no hospital até a alta do filho. Em decorrência disso, ela vive momentos de muito estresse e angústia por não estar no seu hábitat, pelo fato de o ambiente hospitalar ser público, o qual tira a sua privacidade, comprometendo sua saúde mental.

Por conta desse estado de comprometimento psicológico, a equipe médica e de enfermagem não deve deixar transparecer uma atitude de reprovação diante dessas mães. Pelo contrário, deve tentar ajudá-las nesse momento de conflito, despojando-se de qualquer tipo de preconceitos e julgamentos, aceitando-as como um ser que vive um momento de crise e que necessita de ajuda para superá-la e viver a experiência de ser mãe de um recém-nascido, na sua totalidade e de forma positiva.

Ficou claro também que, na vivência das mães, o aspecto mais marcante foi a falta de intersubjetividade com a equipe que assiste o recém-nascido, destacando-se a equipe médica e a de enfermagem. Para elas, os

profissionais que cuidam do seu filho não dão a devida importância à sua presença, assistindo apenas a criança. Portanto, trabalhar com crianças significa trabalhar conjuntamente com suas mães, porque são as representantes diretas do bebê e este representa uma extensão do seu ser. O que se vê no ambiente hospitalar são mães angustiadas, temerosas e inquietas por estarem à mercê dos cuidados da equipe médica e de enfermagem. Segundo elas, essa equipe não lhes dá a atenção devida, nunca tem tempo para conversar com elas sobre o estado de saúde da criança nem, muito menos, procura conversar sobre os seus sentimentos, as suas visões de mundo e suas vivências naquele momento tão difícil de suas vidas.

Nesse sentido, Damasceno (1997, p.100) afirma que a incapacidade desses profissionais em desenvolver uma verdadeira comunicação e um relacionamento intersubjetivo resulta numa prática profissional descompromissada com o ser mais próprio que eles assistem.

No que diz respeito à equipe de enfermagem, diante dessa situação, faz-se necessário que a enfermeira, como líder da equipe, procure sanar essa situação, trabalhando com as mães no sentido de fazer com que compreendam mais a experiência por elas vivida. Deve desenvolver uma atitude objetiva e de empatia, para com as mães, mostrando-se sempre disponível a ouvi-las, reconhecendo seus sentimentos, dando-lhes sempre apoio e permitindo que participem do tratamento da criança.

No tocante aos cuidados prestados pelas mães de recém-nascidos prematuros, vejo que elas se sentem inseguras para cuidar dos seus filhos, alegando que, por serem prematuros, eles são frágeis. Como resultado, essas mães não se sentem preparadas para desempenharem essa tarefa, desenvolvendo, com isso, medo de causar algum tipo de dano à sua saúde.

Percebi, por outro lado, que, no momento da alta hospitalar, essa insegurança se acentuava. Isso porque geralmente as mães ficavam preocupadas

com sua capacidade de cuidar, em casa, de um ser tão pequeno e indefeso. Diante disso, faz-se necessário que a equipe de saúde, em especial a enfermeira, prepare essas mães para a alta do bebê, de modo que, em sua residência, possam estar confiantes nos cuidados que dispensarão à criança. Esse aspecto é de suma importância para prevenir a morbidade e mortalidade dessas crianças, uma vez que, no contexto familiar, a mãe dará continuidade aos cuidados prestados à criança no hospital.

Os depoimentos revelam a essência do que significa ser mãe de recém-nascido prematuro. Ficou evidente que é preciso assegurar a essa mãe a sua condição de atribuidora de significados dos fenômenos, de construtoras de sua história de vida. É preciso compreender essa mãe com todos os seus sentimentos ambíguos, suas ansiedades, conflitos, incertezas e satisfações, vendo-a como pessoa que interage com os outros seres, focalizando a percepção que tem de seu mundo-vida.

Diante disso, cabe aos profissionais de saúde que atuam na área de neonatologia repensarem a prática assistencial que está sendo prestada às mães de recém-nascidos prematuros. Devem ter sensibilidade para visualizar que essas mães precisam de um profissional que fique ao seu lado, dando-lhes apoio e compartilhando suas dúvidas, medos e incertezas, possibilitando-lhes cuidar de seus filhos, de forma que possam vivenciar a maternidade de maneira efetiva.

Acerca dessa necessidade de apoio, Motta (1997, p.120) afirma que *“a sensibilidade, o afeto, o sentimento de preocupação, a solidariedade e a cooperação, são elementos fundamentais, pontuados como valores que devem reger as relações ‘com o outro’ no mundo do hospital”*.

O apoio que a equipe hospitalar pode dar às mães é, por exemplo, estar perto delas nos momentos mais atribulados, aceitá-las, ouvi-las e levá-las a aprenderem a conviver com as dificuldades impostas por suas realidades.

Assim, os conhecimentos adquiridos no desenvolvimento deste trabalho vêm mostrar que a assistência prestada às mães de prematuros deve ter um caráter fenomênico. Necessita ser compreendida por um olhar mais atento, que permita a aproximação e compreensão da experiência vivida por uma mãe de recém-nascido prematuro. Essa mãe deve ser assistida de maneira holística, humanizada, deslocando-se o foco das preocupações para o binômio mãe-filho.

Para realizar uma assistência humanizada, centrada no binômio mãe-filho, a equipe de enfermagem deverá estar atenta, para a utilização de estratégias como, por exemplo, valorizando o potencial da mulher e refletindo sobre seu estado de ansiedade e incerteza, de forma que a assistência contemple as reais necessidades do ser mãe.

Por outro lado, o cuidado prestado pela mãe ao recém-nascido pode ser prejudicado, tendo em vista o pouco acesso que ela tem ao seu filho na unidade neonatal e a não preparação para cuidar do recém-nascido. Por conta disso, após a alta da criança, a mãe fica temerosa diante da possibilidade de ter que cuidar do seu bebê, uma vez que não se sente preparada para desempenhar essa tarefa. Com a alta, a criança vai para a sua companhia, e esta passa a ser responsável pelos cuidados com o bebê, ficando a equipe de enfermagem apenas com a responsabilidade de auxiliá-la, caso necessite. Todo esse temor é consequência da falta de preparação da mãe para cuidar do seu filho. Se a equipe hospitalar compreendesse a importância da figura materna no processo de recuperação do prematuro, a assistência na unidade de neonatologia não se limitaria apenas à criança, mas envolveria a mãe e o filho.

No tocante à enfermagem, a enfermeira deve reconhecer a mãe como participante ativa nos cuidados prestados à criança. Deve permitir que ela tenha livre acesso ao seu filho, treinando-a para cuidar do bebê e dando-lhe liberdade para que expresse a visão que tem do seu mundo-vida. A enfermeira deverá, também, ter sensibilidade para detectar o momento em que a mãe se

encontra angustiada, a fim de motivá-la a encarar sua realidade de forma otimista, buscando compreender melhor o que está ocorrendo na sua experiência vivida. É no atendimento das reais necessidades das mães de recém-nascidos prematuros que a equipe assistencial e essas mães alcançarão a intersubjetividade, num compartilhar-com, de forma que cheguem à compreensão de como cuidar de seu filho.

Ao interagir com as mães, a enfermeira deve ter a consciência de que está se relacionando com um ser humano. Esse estar-com-o-outro implica respeito, empatia e aceitação desse outro, com todas as suas dificuldades e limitações. É através dessa dimensão de intersubjetividade que se proporcionará uma assistência mais humanizada (Madeira et al., 1997, p.197).

É importante esclarecer que o fenômeno ser mãe de recém-nascido prematuro se mostrou mais evidenciado no contexto hospitalar. Isto pode estar associado ao fato de que, com a mudança de cenário, ao chegarem as suas casas, as mães tiveram na família o suporte de que necessitavam. Ou, por outro lado, pela aproximação com o bebê, sentiram-se com mais forças para superar as dificuldades advindas do seu cotidiano, como mãe de recém-nascido prematuro.

Espero que este trabalho venha contribuir para que, através da reflexão e compreensão da experiência de ser mãe de recém-nascido prematuro, as enfermeiras que atuam na área materno-infantil possam assistir essas mulheres embasadas no que emerge a partir do mundo-vida da mãe de recém-nascido prematuro.

Por outro lado, este trabalho, até certo ponto, tem um aspecto inovativo, uma vez que inexistem, na literatura local, estudos que abordem o tema em destaque. Nesse sentido, marcará o início da abordagem fenomenológica, uma vez que será a primeira dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, da Universidade Federal da Paraíba, a ser conduzida nesta linha de investigação.

O estudo contribuiu também para ampliar meus conhecimentos, como pesquisadora e docente da disciplina materno-infantil do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, promovendo, assim, novo enfoque sobre a referida temática junto ao alunado, à luz do método fenomenológico. Propiciou, além disso, um repensar de minha prática que, com certeza, subsidiará novos estudos nessa linha de pesquisa. Espero também que possibilite a criação de programas de extensão na área de assistência materno-infantil, voltados à preparação de mães de recém-nascidos prematuros na clínica obstétrica.

Por fim, este trabalho propiciou uma nova visão de mundo, levando à percepção de que, a partir da compreensão fenomenológica do ser-mãe de recém-nascido prematuro, é possível construir uma prática de assistência de enfermagem voltada para o seu mundo-vida. Nesse sentido, a assistência de enfermagem deixará de levar em consideração apenas o bebê em seu contexto biológico, voltando-se também para a mãe. Deverá considerar a mãe do prematuro como uma pessoa que interage numa situação concreta, focalizando o seu mundo-vida e a percepção que possui de sua vivência. O meu ser-enfermeira hoje pensa na assistência de enfermagem contemplando o binômio mãe-filho na sua plenitude contextual, onde os valores, como sensibilidade e solicitude, sejam cultivados.

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, M. S. B. A relação mãe-bebê-família: ponto de partida para a prevenção dos distúrbios psíquicos precoces. **Rev. Pediátrica de Pernambuco**, Recife, v.7, n.2, p.39-40, 1994.

BARBOSA, J. C. **Compreendendo o ser doente renal crônico**. Ribeirão Preto, 1993. 144p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BENJUMEA, C. de la C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. **Rev. Investigación y Educacuión em Enfermería**, Medellin, v.15, n.2, p.13-23, set. 1997.

BORGES, S. M. N. Concepções básicas de saúde da criança. In: SEMINÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2, 1987, São Paulo. **Anais...**São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde, 1987. 100 p.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 5, n.2, p.12-41, abr./ jun. 1996.

- CAPALBO, C. Alternativas metodológicas da pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1984. p.130-157.
- CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.192-197, out. 1994.
- CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica.** Rio de Janeiro: Agir, 1987. 93p.
- CASANOVA, L. D. , SANTOS, W. A . Humanização das unidades neonatais. In: SEGRE, C. A. M., ARMEZELLI, P. A . , MARINO, W. T. **RN.** 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. 569p.
- CORRÊA, A. K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.83-88, jan. 1997.
- CORRÊA, A. K. **Sendo enfermeira no centro de terapia intensiva.** Ribeirão Preto, 1995, 119 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. et. al. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 7.ed. Petrópolis : Vozes, 1997. 80p.
- CYPRIANO, M. dos S., FISBERG, M. Mãe participante: benefícios e barreiras. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v . 66, n. 4/5, p.92-97, 1990.
- DAMASCENO, M. M. C. **O existir do diabético: da fenomenologia à enfermagem.** Fortaleza: FCPC, 1997. 111p.
- DARTINGUES, A. **O que é fenomenologia?.** 3.ed. São Paulo: Moraes, 1992. 174p.

- DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. de S. et. al. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7.ed. Petrópolis : Vozes, 1997. 80p.
- FERRAZ, C. A . Investigación cualitativa: una estrategia para la cualidad de la práctica en enfermería. **Rev. Investigación y Educación en Enfermería**, Medellin, v.15, n.2, p. 40-56, set. 1997.
- FINI, M. I. Sobre pesquisa qualitativa em educação que tem a fenomenologia como suporte. In: BICUDO, M. A. V. , ESPOSITO, V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação**. Piracicaba: UNIMEP, 1994. p.23-33.
- FORGUIERI, Y. C. (org). **Fenomenologia e psicologia**. São Paulo: Cortez, 1984, 143p.
- FRANÇA, C. **Psicologia fenomenológica: uma das maneiras de se fazer**. Campinas: UNICAMP, 1989. 118p.
- GARCIAS, G. L. et al. O pediatra e a família frente a situações de malformações congênitas. **Rev. Pediatria Atual.**, São Paulo, v.10, n.3, p.18-27, mar. 1997.
- GIACOMINI, C. A interação mãe-bebê. In: MIURA, E. , PROCIANOY, R. S. et al. **Neonatologia: princípios e prática**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 656p.
- GRAÇAS, E. M. Das. **A experiência da hospitalização: uma abordagem fenomenológica**. São Paulo, 1996. 316p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem , Universidade de São Paulo.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Traduzido por Márcia de Sá Cavalcanti. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. pte. 1, 162 p. Tradução de Sein und Zeit.

- HEIDEGGER, M. **Todos nós...ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. Tradução e comentário de Dulce Mara Critelli. São Paulo: Moraes, 1981. 72p.
- HUSSERL, E. **A filosofia como ciência do rigor**. Coimbra: Atlântida, 1965. 75p.
- KLAUS, M. H., KENNEL, J. H. **Pais/bebê**: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993, 329p.
- LEONE, C. R. , TRONCHIN, D. M. R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1996. 378p.
- LYOTARD, J. F. **A fenomenologia**. Lisboa: Edições 70, 1986. 119p.
- MACHADO, O. V. M. Pesquisa qualitativa: modalidade fenômeno situado. In: BICUDO, M. A. V., ESPOSITO, V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação**. Piracicaba: UNIMEP, 1994. p.35-46.
- MADEIRA, A. M. F. , PAULO, I . M. A., SILVA, E . R . da. A percepção da mãe em relação ao aluno da disciplina enfermagem pediátrica. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v.5 , n.1, p.289-297, maio. 1997.
- MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8.ed. São Paulo: Sarvier, 1994. v.1.1790p.
- MARTINS, J., BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. 2. ed. São Paulo: Ed. Moraes, 1994. 110p.
- MARTINS, J. et. al. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v.24, n.1. p.139-147. abr. 1990.
- MARTINS FILHO, J. Prematuridade. In: FIGUEIRA, F., FERREIRA, O. S. , ALVES, J. G. B. **Pediatria** : Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996. p.139-157.

- MENDES, E. N. W. Cuidados de enfermagem em terapia intensiva neonatal. In: MIURA, E. , PROCIANOY, R. S. et al. **Neonatologia**: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 656p.
- MINAYO, M. C. S. et. al. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 7.ed. Petrópolis : Vozes, 1997. 80p.
- MOTTA, M. da G. C. da. **O ser doente no triplice mundo da criança, família e hospital**: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Florianópolis, 1997. 210p. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Santa Catarina.
- PERIN, T. et al. Neonatais. In: BIEHL, J. I. et al. **Manual de enfermagem em pediatria**. Rio de Janeiro: Medsi, 1992. 495p.
- REALE, G., ANTISER, D. **História da filosofia**. São Paulo: Paulus, 1985.
- REEDER, S. R. et al. **Enfermeria materno infantil**. 13.ed. [s.l]: Organización Panamericana de la Salud, 1978. 668p.
- REGO, J. D. Assistência aos pais de recém-nascidos prematuros, doentes, malformados. **Temas de Pediatria**, n.48, p.1-10, 1991. (Nestlé – Serviço de Informação Científica).
- RIBEIRO, G. S. et al (org.). **Legislação de enfermagem**: um guia para o profissional e estudante de enfermagem. coletânea. 2.ed. João Pessoa: Almeida, 1997. 154p.
- SACCUMAN, E . SADECK, L . S . R . Assistência aos pais de recém-nascidos de risco. In: LEONE, C. R. , TRONCHIN, D. M. R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1996. 378p.

- SCHNEIDER, J. F. **A temporalidade do ser denominado esquizofrênico, fora de suas crises**. Ribeirão Preto, 1995. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SCOCHI, C. G. S. et al. O conhecimento de puérperas sobre o cuidado com o recém-nascido: avaliação da internação em uma maternidade de um hospital-escola. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.45, n.1, p. 36-43, jan/mar. 1992.
- SEGRE, C. A. M., ARMEZELLI, P. A., MARINO, W. T. **RN**. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 1991. 569p.
- SILVA, L. P. **Avaliação da assistência de enfermagem relacionada às dúvidas e preocupações de primíparas acerca dos cuidados com o recém-nascido**. Goiânia: UFG, 1995. 36p.
- SOUZA, J. B. **Estudo longitudinal do crescimento de crianças nascidas pré-termo até o 6 mês pós-termo**. Ribeirão Preto, 1992. Tese (Doutorado em Pediatria) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- THOMPSON, E. D. , ASHWILL, J. W. **Uma introdução à enfermagem pediátrica**. 6. ed . Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 446p.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994. 175p.
- UNICEF. **Crianças e adolescentes na Paraíba: saúde, educação e trabalho**. João Pessoa, 1992. 121p.
- USHER, R. H. Os problemas especiais do recém-nascido prematuro. In: AVERY, G. B. **Neonatologia** 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. 1255p.

- VALLE, E. R. M. do. **Câncer infantil e psicologia fenomenológica: compreender e agir.** Ribeirão Preto, 1995. 203p. Tese de Livre Docência em Psicologia, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- VALLE, E. R. M. do. **Ser-no-mundo-com-o-filho portador de câncer: hermenêutica de discursos dos pais.** São Paulo, 1988. 110 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- VAZ, F. A. C. Prematuridade: fatores etiológicos. **Rev. Pediatria (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 169-171, set. 1986.
- WHALEY, L. F. , WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1989. 910p.
- ZAGONEL, I. P. S. Epistemologia do cuidado humano: arte e ciência da enfermagem abstraída das idéias de Watson. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.5, n.1, p.64-81, jan./jun. 1996.
- ZERBETTO, S. R., RODRIGUES, A. R. F. Relacionamento não diretivo do enfermeiro com paciente em processo de ressocialização. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 5, número especial, p.77-83, maio. 1997.
- ZIEGEL, E. E. , CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica.** 8.ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1985. 696p.
- ZITKOSKI, J. J. **O método fenomenológico de Husserl.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994, 106p.

ANEXOS

ANEXO I: ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Questão Norteadora: Fale sobre a sua experiência de ser mãe de um recém-nascido prematuro.

ANEXO II: DEPOIMENTOS DAS MÃES PESQUISADAS

Depoimento 01

Primeiro, é muito bom ser mãe de prematuro, né? Apesar de ter tido antes do tempo, eles ficar precisando da gente, a gente acha bom, ainda mais tendo duas, eu acho esse presente maravilhoso! Quando elas nasceram, o melhor é que você chega ao final da barriga, né? Porque a ansiedade da mãe, desde que ela está com a barriga, é de ver o rostinho, de pegar. E o pior de ter prematuro é o medo de perder, é um medo muito grande de perder, de ter sido tudo em vão, mas é bom ser mãe de prematuro, apesar de tudo é dificultoso, mas é uma chance. Aí você se agarra a ela e tem fé em Deus, dentro de você, você nunca pensa que vai morrer, sempre pensa que vai sobreviver. Sempre eu tive medo de ter menino antes do tempo, isso porque os meus partos foram prematuros. A primeira nasceu de oito meses, o segundo de sete meses e essas com seis meses. Aí sempre eu ficava

naquela ansiedade. Já do quinto mês em diante, eu já ficava esperando alguma novidade, aí sempre eu fico pronta. No dia que elas nasceram eu senti muitas dores, à tarde deu problemas, aí tirou o líquido amniótico ligeiro, prepararam a sala de cirurgia, aí eu fico naquela, tem que ir sem querer ir com medo dos meninos nascer e morrer. Meu medo é só esse. As médicas já preparam logo a gente dizendo que a chance é muito pouca, enquanto há vida, há esperança... Isso assim, é muito chato ninguém quer que morra. Quando nasceram, eu tive pouco contato na hora que nasceram (silêncio). O primeiro contato foi no outro dia. Eu fui lá no berçário, eu fiquei assim meio triste, cabecinha raspada, na sonda, oxigênio, aí dá pena, a gente fica pensando que a criança está em estado grave e que a culpa é dos médicos, será que tem os recursos necessários mesmo? Será que não é melhor transferir para outro canto e tal? A gente fica doidinha achando que pode fazer uma coisa a mais por eles, né? E fica também em dúvida se realmente estão cuidando direito. Se eles tiver uma parada será que tem gente ali pra ver e talvez possa ter um erro, alguma coisa (silêncio) a gente fica perdida, né, sozinha e achando o menino muito pequenininho, achando que talvez não escape e pedindo a Deus, essas coisas (silêncio), no pé dos médicos, no pé das enfermeiras, perguntando direto a eles, apesar de às vezes o povo não gostar nem de explicar e falam que tem pressa, não respondem logo e eu sou muito curiosa e gosto de ficar perguntando, e às vezes o médico não gosta de ficar dizendo, de ficar repetindo os problemas, e quando repetem, repetem na linguagem deles que a gente é leiga e não entende. Eu saí do hospital com medo de cuidar de duas crianças prematuras, mas queria ir embora porque quando a gente está no hospital fica doida pela alta, né? Mas o medo a gente sempre tem ainda mais

eu que tive logo duas! Sempre dá um medinho, o medo de errar, dela ter uma gripe, um vírus. Por ser prematura, a gente pensa que os outros são mais fortes do que elas e, qualquer respiração diferente a gente pensa logo que está cansado, pode dar uma pneumonia, qualquer espirro a gente fica doida, isso tudo. A forma que eles nos preparam é que no dia da alta a médica me disse o que era para dar e pronto! Mas, só como dar a medicação, como fazer o leite, mas como cuidar não dizem nada. Quando eu cheguei em casa, eu me senti insegura, mas agora eu acho que eu já aprendi com elas mesmo sei lá! Eu acho que dá pra levar. Antes eu tinha medo de pegar porque é pequenininho, tinha medo da coluna, mas ninguém me ajuda não, eu fico sozinha porque a menina que mora aqui comigo cuida da casa e eu das meninas porque ela tem medo de pegar. Às vezes eu peço para dar o leite, mas ela diz que não, porque tem medo de engasgar, aí eu também boto na minha cabeça que talvez ela engasgue. Eu agora não tenho medo delas morrer não. Às vezes é que eu checo no berço pra ver se elas estão respirando, mas eu não tenho mais medo não, mas eu tinha muito medo no hospital quando elas estavam na incubadora muito cansadinhas, aí eu tinha muito medo delas morrer e eu achava assim que poderia morrer porque não tinha alguém por perto, porque alguém não via. Eu achava que durante a noite elas ficavam sós, eu tinha medo do soro acabar e não trocar. É tanto que às vezes eu ia avisar que o soro estava acabando. Hoje eu estou muito bem, parece que a gente está junto faz tempo demais. Dá trabalho, mas é bom. Eu me sinto preparada agora, mas ainda sinto dificuldade quando aparece uma coisa que eu não sei o que é, por exemplo: apareceu esse carocinho nela, impetigo nela. Às vezes elas demoram para fazer "cocô", aí eu fico logo preocupada, por elas serem prematuras, aí eu fico mais

preocupada ainda, tudo eu penso que é a prematuridade, penso logo que tudo é menor, tudo é frágil. Eu acho que tem que ter orientação as mães principalmente porque tem umas que são novinhas, altamente despreparadas pra tudo, confusas, com problemas em casa. Às vezes elas ficavam chorando porque o leite não vinha, não tinha leite, eu acho que deveria ter mais conversa, não sei se é a assistente social, psicóloga ou se é a enfermeira que deveria fazer isso, mas essa conversa deve ser na linguagem da mãe. A fototerapia é muito deprimente, né? Toda mãe fica nervosa porque o bebê chora muito. Teve uma mãe que o bebê ficou três dias, nisso ela passou os três dias chorando no pé da máquina. Ela não agüentava mais, porque o bebê chorava o tempo inteiro, ela pedia por amor de Deus que deixasse o filho dela no berçário porque ela não agüentava ver aquilo. Eu acho que era bom fazer um trabalho de conscientização às mães sobre o problema que o filho dela está porque as mães ficam lá dias. Tem delas que ficam até meses sem saber o que está se passando com a criança. Ficam feito baratas tontas sem saber direito. Os médicos deviam conversar mais e as enfermeiras deveriam receber melhor as mães porque elas reclamam muito. Elas não gostam que as mães perguntem muito, mas as mães querem perguntar! Têm que saber das coisas.

Depoimento 02

Quando eu soube que ele ia nascer prematuro, eu tive medo, medo mesmo porque dizem que não se cria né? Uma criança de sete meses, aí eu tive medo dele não se criar. Primeiro, eu fui pra ter ele, né? Fui com medo. Quando eu saí de casa pra ter ele, já saí com medo. Lá no hospital foi tudo bem. Eu fui muito bem atendida no HU. Lá gostei só que (silêncio) eu ainda tenho muito medo, sabe? Porque ele ainda está muito novo. Eu chorei quando ele nasceu e, sei lá! Quando eu cheguei no berçário para ver ele na incubadora, eu não consegui entrar lá não. Eu não tive coragem, eu não peguei nele não. Só depois de oito dias que ele foi lá pro quarto, porque eu tinha medo porque ele era muito molinho, pequenininho. Quando eu vi ele na sonda, no oxigênio e no soro, eu tive pena dele. Quando eu chegava lá, era muito difícil eu entrar lá no berçário. Ele está inclusive nascendo cabelo agora porque raspavam a cabeça dele para colocar o soro. Ele era muito inquieto, puxava a sonda, aí colocavam e ele puxava de novo, a mãozinha dele vivia amarrada. A primeira vez que eu peguei ele eu estava morrendo de medo, mas peguei. Lá no hospital, algumas médicas explicam como a criança está, algumas, não são todas não, algumas diziam, explicavam direitinho, mas tinham outras que não diziam, diziam que ele estava bem, não dizia como ele estava passando. Nas horas que eu estava aperreada minha mãe levava revistas pra eu ler, eu só fazia ler revistas porque eu não agüentava mais estar ali dentro. Toda vez que minha mãe chegava eu dizia, mas ela disse que eu tivesse paciência, "tenha calma que você sai". Eu ainda não me sinto preparada para cuidar dele não. Meu medo é que primeiro eu sou muito nova, eu não sei cuidar dele

direito, quem me ajuda mais é minha mãe. Às vezes ele está chorando e não pára de chorar, aí eu chamo ela. Eu também tenho medo que ele adoença. Eu sei que ele não pode estar saindo de casa, só pro médico mesmo. Eu não deixo as pessoas pegar nele não, só quem pega mesmo nele aqui mesmo, que chega, é a madrinha dele, somente. A vizinha daqui é doida para pegar nele, mas eu não deixo não.

Depoimento 03

Eu não esperava que ele fosse nascer antes do tempo não. Para mim ele ia nascer no tempo certo como os outros dois. Eu não esperava jamais que ia nascer de sete meses. Quando eu soube que ia nascer antes do tempo, eu fiquei tensa, né? Tensa pelo seguinte: porque eu achava que nascer de sete meses era diferente de nascer de novemeses. O pessoal fazia um bicho-de-sete-cabeças, mas é uma coisa normal. É igual a uma criança de nove meses. Uma criança que nasce no tempo certo não tem diferença nenhuma não. O que acontece é que a gente tem que ter cuidado em dobro, né? Dobrado, mas isso pra quem já cuidou de dois que foi de nove meses, o fato do cuidado ser dobrado, acho que não influi em nada não. Acho que influi, sim, é (silêncio) você vai ter que cuidar mais, mas de qualquer maneira você já tendo dois você sabe cuidar, você cuida direitinho, entendeu? A não ser que não tenha tido filho nenhum, ainda aí tudo bem, fica difícil pelo seguinte: além da criança ser prematura, você não tem experiência, né? Junta as duas coisas e fica difícil. Para quem já teve filhos, fica mais fácil. Quando eu vi cheio de aparelhos, fiquei louca, fiquei depressiva demais porque eu nunca tinha visto com nenhum dos outros dois filhos, nunca tinha acontecido isso. Foi eu chegar no hospital, tê-los e no outro dia vir pra casa, né? Aí quando eu vi corri logo pra falar com X pra saber porque ele estava daquele jeito. Aí ela me explicou que era porque ele era prematuro e precisava mais. Só que eu tinha visto a menina vizinha ao meu quarto que a dela foi prematura e não foi pra sonda, nem pro soro, nem pra nada, aí eu fiquei pensativa: porque o meu foi? Ela disse que o de X nasceu com mais de 2 Kg e o

meu só com 1.780 g e que já perdeu e só está com 1.500g . Mas aí no momento que eu cheguei, eu nem sabia qual era o meu porque eles não me mostraram, porque ele não chorou na hora que nasceu. Aí no outro dia de manhã eu me levantei pra ir ver. Eu ficava preocupada com o sofrimento dele, principalmente quando eu via as meninas irem lá tirar sangue dele, aplicar antibiótico que ele estava tomando na coxa , e eu ficava olhando assim (silêncio) as perninhas tão fininhas, tão magrinhas tomando uma injeção desse tamanho! Eu dizia: Meu Deus do céu, pra que tudo isso? Aí eu saía de perto chorando. Meu primeiro contato com ele eu estava ansiosa porque também tinham me dito que eu não podia pegá-lo porque estava na incubadora, estava no soro, na sonda, eu não podia pegar. Aí depois que a menina chegou no quarto e disse: "Você pode ir até lá, pode pegar, você é a mãe e tem direito de chegar lá e pegar, só não pode tirar da incubadora, mas pode tocar". Aí foi quando eu vim me acalmar mais, está entendendo? Porque eu estava sem dormir, eu estava discutindo direto no hospital, estava sendo chamada de rebelde. Você sabe, né? Mas aí quando eu cheguei lá pra pegar, pra tocar, eu já me senti melhor, me senti (silêncio) quer dizer, uma vitória, né? Porque tinham mães ali que não procurava saber como é que estava o filho, não procurava saber se podia tocar, se podia pegar e eu não, eu estava sempre em cima, sempre perguntando, sabe? Se podia pegar, se podia chegar perto , se podia abrir a incubadora. Eu estava sempre ali perguntando. No hospital não nos preparam para cuidar do bebê. Algumas, mas não são todas, porque a gente não pode dizer que são todas porque tem umas pessoas ótimas que são super atenciosas, mas tem outras que não . A minha experiência em casa está sendo ótima. Eu já tinha experiência com os outros, mas eu tenho medo que ele adoça porque é como a pediatra disse

pra mim que ele está sem defesa nenhuma, né?, Ele está sem vacina nenhuma porque ele não tem peso pra tomar vacina. Ele agora está com 2.300 gramas. Aí ela falou pra mim que ele não pode estar em aglomerações, não pode ficar muita gente dentro do quarto, essas coisas todas, né ? Aí me passa o medo de ele adoecer. Eu mesma todas as vezes que vou pegar ele, lavo as mãos. Para superar os temores eu pensava positivo, tentava ser otimista, mas às vezes não dava pra ser não. Eu também rezava muito, tentava dormir pra ver se acalmava, mas não tinha jeito. Também o fato de estar no hospital já deixa a gente estressada e, além do mais, eu passei quinze dias no hospital, não é brincadeira , passar quinze dias no hospital. Dá pra (silêncio)você pensa num monte de besteira, né? Pensa num monte de coisas, pensa nos que está em casa (silêncio) em tudo. Agora já passou, fugiu, não é que esqueça, mas tenta esquecer o que passou porque realmente foi uma experiência triste. Agora está bom porque eu tenho bastante gente em casa pra me ajudar, tenho minha mãe e minhas sobrinhas pra ajudar a cuidar dele.

Depoimento 04

Eu já esperava ter prematuro porque quando eu fazia pré-natal, descobri que ia ser gêmeos. A médica falou logo: "Olhe, geralmente todas as barrigas que são gêmeos a gente tira antes do tempo porque a mãe não agüenta". Então eu já estava mais ou menos, mas eu não acreditava, eu ainda achava que ia chegar aos nove meses. Aí foi quando eu fui pra maternidade e fiquei internada (silêncio) eu estava mais ou menos preparada, mas ainda tinha esperança de chegar aos 9 meses. No dia de fazer a cesárea, eu estava muito tranqüila, eu aceitei tudo normal, não tive medo, eu achei incrível!, parece que me deram tranqüilizante!, não tive medo, pedi pra ver a criança, conversei a cirurgia inteira... graças a Deus minha reação (silêncio) eu acho que fui muito corajosa. O primeiro contato com elas (silêncio) ai minha Nossa Senhora! Foi um desespero. Quando eu cheguei na incubadora que eu pedi pra ver elas, mostraram só uma porque tinham subido com a outra. No outro, dia à tardinha, foi que eu fui olhar elas. Eu não podia nem andar! Aí fui olhar elas. Quando eu vi, ai meu Deus, tão magrinhas! Aí eu fiquei doidinha, não passei nem um minuto, voltei para o quarto chorando, fui pra lá e voltei a mesma coisa, aí no outro dia foi que eu já consegui olhar, mas sem tocá-las. Só fui tocar lá para o terceiro dia, mas só com a ponta do dedo, chega me dava uma coisa ruim e ficava pensando assim: Ah! meu Deus, quando é que elas vão sair daqui? Mas depois elas foram se recuperando bem e as médicas falaram que elas não tiveram nada, só tomaram um sorinho mesmo. Para superar as dificuldades eu pensava assim: vai dar tudo certo. Pedia a Deus para superar mesmo e enfrentar. A recuperação foi boa. Elas não

tiveram nenhum problema, graças a Deus. Ficaram na incubadora só pra engordar mesmo, graças a Deus. Quando saíram da sonda, para mim foi um alívio, eu já fui lá amamentar. Ave Maria! Para botar aquela coisinha tão devagarinho para amamentar. Quando eu vi com a sonda e o soro eu tive pena delas, mas sabia que era necessário mesmo, que era para o bem delas, né? Mas graças a Deus, está tudo bem, mas é uma barra, viu? É uma barra você chegar assim (silêncio) ficar no hospital o tempo inteiro (silêncio) tem que ter coragem. A minha relação com o pessoal no hospital foi muito boa. Eu não tive problemas com médicos , nem com enfermeiras , nem mesmo com as mulheres que vieram ganhar nenens. Pra mim foram todas ótimas, pelo menos comigo. Logo que eu aceitava as coisas e tem pessoas que não aceitam, então as enfermeiras não aceitam pacientes que ficam reclamando no hospital, então fica aquele clima. Comigo, graças a Deus, não teve nenhum clima com ninguém. Os médicos, se você perguntar como cuidar do nenem, tem deles que explicam, se não eles também não ligam não, e as enfermeiras nunca tem contato com o berçário não. Elas só vem dar o plantão, entregar o plantão somente. A gente só vê elas na hora de entregar o plantão, não tem contato com as mães, pelo menos comigo, não. Quando cheguei em casa, eu não tive problema nenhum. Minhas irmãs tinham arrumado tudo. No dia que cheguei minha sogra veio dormir comigo, porque minha mãe ainda não tinha chegado do interior. Eu não tive nenhum problema aqui nem lá! Pra mim a única dificuldade em ter filho prematuro foi o medo e ter que passar um mês no hospital. Hoje eu não tenho mais medo, só um pouco delas adoecer, mas não é muito não, eu não ligo não. Só não deixo as pessoas pegar, beijar elas, mas deixo olhar sempre que querem, não tem problema.

Depoimento 05

Quando eu soube que meu filho ia nascer prematuro, eu fiquei com muito medo. Eu fiquei com tanto medo, que nunca tive tanto medo na minha vida, insegura (silêncio). Veio logo aquele negócio na minha cabeça de não criar porque é pequenininho, porque não tem defesa nenhuma, fragilzinho, ai meu Deus! Eu pensava logo: Daqui que eu veja crescer vai custar tanto que passa logo pela cabeça da gente que morre primeiro. É muito medo, muita insegurança. Meu primeiro contato com ele foi bom. Logo que eu conversava muito com ele na barriga, só o fato de ele ser homem, né? Eu tinha duas meninas. A mais velha está com dezesseis anos e a caçula está com treze anos, lógico que se não fosse homem seria amado do mesmo jeito, mas geralmente quem tem menina sonha com menino, aí foi que Deus me deu essa graça de eu ter meu filho esperado, aí depois tive ele de sete meses, mas eu me lembro como se fosse hoje eu na sala de cirurgia, quando a pediatra, ele enroladinho naquele pano, me mostrou ele, ah! eu encostei o meu rosto no rostinho dele. Olhe, pra começar, eu achei ele a cara do pai dele, mas tão pequenininho! Ah! meu Deus! Eu pensei logo dentro de mim : Ah, meu filho amado! Depois que eu vi ele lá na incubadora aí começou aquele medo, mas eu tinha muita fé. Desde o dia em que eu fui dormir bem aí às 4:00 horas da manhã, acordei com a bolsa rota, aí fui para a maternidade e sofri muito na maternidade X , não me deram assistência nenhuma, a assistência que eu vim ter mesmo foi no HU. Lá eu encontrei as enfermeiras, são pessoas ótimas, as médicas, a gente ali sente o calor humano, sabe? A primeira vez que eu peguei nele eu tive medo de pegar errado, de quebrar o bracinho ou a

perninha porque é tão fragilzinho, né? Foi o que eu senti, mas eu tinha vontade de pegá-lo, quando estava ali dentro. Quando me deram ele, eu peguei com tanto cuidado, meu Deus, tanto cuidado pra não "amassar", a coisa, mais (silêncio) foi uma experiência, com trinta e seis anos jamais eu pensaria que passava tanta experiência na minha vida ainda e aprender tanta coisa que a gente aprende, né? Eu tenho muito medo que ele fique doente. Eu faço o possível para que não fique muita gente perto dele. Não deixo beijar ele no rosto porque eu tenho muito medo dele adoecer, tenho muito medo de perder ele.

Depoimento 06

Minha experiência foi assim (silêncio) uma coisa inesperada, né? Eu não esperava de jeito nenhum. Eu já temia porque eu trabalhava os dois expedientes, era muito corrido o meu tempo, eu não sou de chegar em casa e ficar parada, mesmo grávida eu ficava fazendo as coisas, sabe? Quando chegou os seis meses, todo mundo falava: Tenha cuidado!. Quando eu soube que ela ia nascer prematuro, eu senti medo, muito medo porque eu tinha medo dela nascer com problema, faltando alguma coisa por ela ser muito novinha, de faltar algum órgão dela, minha preocupação todinha era essa. É tanto que, no dia que estourou a bolsa, estourou no domingo de madrugada, aí na segunda eu fui pro médico. A médica mandou ter repouso. Eu tive. Aí quando eu voltei novamente eu fiz uma ultra-som pra saber como ela estava, estava tudo bem, só o pulmão que estava fraquinho. É tanto que ela ficou bastante tempo no oxigênio. O meu primeiro contato com ela eu senti uma emoção muito grande, foi um impacto muito grande de ver ela cheia de aparelhos daquele jeito tão pequeninha, cheia de coisa. Eu fiquei feliz porque, quando eu cheguei, ainda não tinham raspado a cabeça dela. Aí quando foi no outro dia de noite, quando eu fui vê-la, tinham raspado a cabeça para pegar a veia no outro lado porque ela era muito inquieta. Ah, eu chorei tanto! No sábado à tarde ela ficou roxa. Parece que foi porque ela mexia muito, aí o CPAP saiu do nariz dela, aí ela teve duas paradas. No primeiro dia que eu fui ver ela, aí ela chorou, aí eu fiquei mais feliz ainda mais, me deu uma tontura em mim, eu acho que foi nervoso, aí voltei para a enfermaria. Eu ia direto no berçário. Um dia, quando eu cheguei e abri a incubadora, porque eu já mexia na incubadora, eu

abria, limpava ela, trocava a fralda (silêncio) porque ela não podia ficar muito tempo molhada que dava soluço nela, quando ela mexia saía a máscara do olho, porque ela passou um tempo na fototerapia, aí eu encontrei uma muriçoca dentro da incubadora. Meu Deus, eu achei um absurdo! Outra vez eu vi a porta da incubadora aberta. Aí depois desse dia, eu não tive mais sossego. Era direto em cima, sabe? Tudo que acontecia de errado eu reclamava. Chegou o tempo de falarem que eu reclamava demais. Eu sei que nosso contato com a criança faz com que ela melhore mais rápido. A médica achou o desenvolvimento dela rápido demais. Eu ficava direto com ela, não saía. De noite, enquanto eu não fosse lá e tocasse nela, eu não sossegava, sabe? Mesmo eu com sono e cansada eu ia lá. Tinha mães que não entravam no berçário. Ela só via pelo vidro, assim, sabe? Olhava, aí eu chamei ela e disse: Porque você não entra? Ela falou que tinha medo. Aí eu falei que não era pra ter medo. Aí levei ela lá, botei pra lavar as mãos, porque isso era pra ser as enfermeiras fazer, principalmente o pessoal do berçário, lá a maioria não gosta que entre no berçário. A primeira vez que eu amamenteei foi uma emoção muito grande. Ela passou um mês na incubadora, aí foi para o quarto, aí eu com medo (silêncio) ela tão pequenininha! Se ia pegar ou não a mama, mas ela pegou e, ah, eu fiquei muito feliz, foi uma emoção muito forte, muito intensa. Quando eu estava desesperada, eu corria para o telefone para falar com minha mãe ou com José. Minha mãe já sabia quando eu ligava chorando. Eu me desesperava demais. Passou quinze, vinte dias e eu lá, ah! Eu me aperreava demais, eu também rezava demais, eu rezava demais por ela desde o início, sabe? Nunca deixei não, até hoje, orava muito por ela. Quando eu cheguei em casa mudou totalmente. Teve um dia que eu pensava que ainda estava no

hospital. Eu estou tranqüila porque eu tenho muita ajuda para cuidar dela e já me sinto preparada também. Eu tenho medo dela gripar, adoecer. Eu sei que ela vai ter reação à vacina, mas vamos ver como vai ser, né? Graças a Deus, ela até agora não teve nada e está ficando cada vez mais fortinha. Eu acho que o que tem que mudar é (silêncio) deve ter orientação às mães porque a gente fica lá sem saber o que está acontecendo e quando pergunta mais um pouco, acham a gente chata.

Depoimento 07

A minha experiência foi muito difícil porque, quando ele nasceu, eu tive muito medo dele não resistir, era tão pequenininho! Pra você ver, ele nasceu com 1.070 Kg e depois perdeu peso e ficou com 930 g. Foi muito difícil pra mim. Quando ele nasceu, eu tive medo dele porque ele era muito magrinho, rostinho enrugado, carinha de velho. Hoje não, eu estou curtindo ele bastante, ele já está um pouquinho bochechudo. Depois que chegou em casa, ele ganhou 500 gramas em quinze dias. O meu primeiro contato com ele foi normal. Eu não fiquei muito nervosa, não, só fiquei emocionada. Ele estava na incubadora com o soro e a sonda, mas eu sabia que era para o bem dele. Eu só fiquei nervosa quando foi para amamentar ele, eu fiquei muito desajeitada sem saber pegar direito, mas depois aprendi. Lá no hospital os enfermeiros e médicos não preparam a gente pra nada não e, às vezes, quando a gente pergunta as coisas, tem deles que se chateiam. Por isso é que muitas mulheres não perguntam nada e não querem nem ir lá no berçário. Outra coisa, tem algumas funcionárias no berçário que não deviam estar lá porque elas não tem jeito com criança não. Teve vezes que nem ligaram de dar o leite ao meu filho. Era pra ele comer de três horas da tarde e só foi comer de seis horas. Quando eu vi isso, fiquei louca. Aí eu mesma fui dar na sonda, mas quando a médica me viu dando o leite, ficou muito chateada comigo e depois desse dia eu fiquei desgostosa com o hospital e logo depois eu pedi alta. Os médicos me disseram que se eu levasse ele para casa, ele ia morrer, mas graças a Deus, ele está muito bem. Eu em casa tenho pessoas pra me ajudar, tenho minha sogra e minhas cunhadas (silêncio). Acho que estou preparada para

cuidar dele, não estou tendo nenhum problema não, a única coisa que eu estou achando muito difícil é a noite. De noite ele chora muito e eu fico muito aperreada porque ele tem muita cólica. No Hospital, quando eu estava muito nervosa, eu corria pra ligar pra Davi. Também rezava muito. Até hoje eu ainda rezo muito pedindo a Deus que dê saúde a ele porque ele tem uma manchinha em um olho. Eu peço muito a Deus pra que ele não fique com problema de vista, porque eu tive rubéola no início da gestação. Eu tenho medo que ele fique doente, mas eu tenho o maior cuidado pra que ele não adoça. Pra mim o que tem que mudar primeiro, que mude as pessoas que estão no berçário que não gostam dali. Segundo, que os médicos expliquem melhor as coisas pra a gente e na nossa linguagem.

Depoimento 08

Olhe, o que eu senti foi uma experiência muito grande, porque eu nunca pensei na minha vida que fosse ter um filho prematuro. Eu não sabia nem o que era isso. Eu nunca tinha visto uma criança de sete meses. Veja só, quando a médica disse pra mim: "Olhe, fique contente, mas seu filho é muito pequenininho", eu achava que o menino de sete meses era igual ao que nasce no tempo normal. Quando eu vi tão pequenininho!, eu fiquei pensando: "Meu Jesus, toma conta". Eu achava que aquilo ali não ia ter jeito, só Deus, né? Então eu comecei a entregar a Deus. Graças a Deus, Jesus tomou conta que aquilo foi evoluindo, evoluindo e está aí hoje, mas foi uma surpresa pra mim que até hoje penso: "Meu Deus, como foi que aconteceu isso na minha vida?" Eu nunca pensei que um dia fosse ter um filho prematuro. Eu não sabia nem o que era isso. E no hospital, você sabe, é estressante demais, umas pessoas tratam bem e outras não tratam. Minhas amigas viam a minha preocupação. Teve quem chorasse comigo porque sentia pena de mim. Eu via todo mundo com seu bebê de nove meses, entrava e passava só três dias e saía de alta e eu ali, chegava os médicos na enfermaria pra passar a visita nos bebês e o meu não estava. Aquilo ali me chocava, menina, enquanto eu não chorava, eu não desabafava, eu tinha que chorar senão eu morria, né? Era muito difícil, você vendo sua filha ali sofrendo (silêncio). Essa menina na fototerapia, no soro, na sonda, tirava o sangue várias vezes. Acredita que tiraram sangue até da virilha dela? Quando eu soube que ela ia fazer esse exame na virilha, eu chorei tanto! Foi preciso me tirarem de perto dela porque eu tava chorando demais, porque eu achava que minha filha ia morrer. A

médica me falou que eu me acalmasse porque ela ia me dizer a verdade, não ia me esconder nada. Aí a enfermeira me levou pra enfermaria e no outro dia me disseram que tinha dado tudo bem e que não era nada grave. Ah! era tudo o que eu queria ouvir aquilo (silêncio). Eu só fazia rezar. Eu tinha um terço, era o ofício de Nossa Senhora que eu rezava direto. Eu me apeguei mesmo, eu sei que aquilo me tranqüilizou muito, né? Daí ela foi evoluindo, na incubadora, saiu do soro, ficou somente pra o aquecimento e na sonda porque não podia sugar. Naquela hora difícil você precisa de uma palavra de conforto, de uma pessoa que venha conversar pra você ir superando aquilo ali porque a gente sozinha fica com aquilo na cabeça. Meu Deus, será que vai viver? Será que vai morrer? Eu não sei não. É uma coisa que não tem nem como explicar, sabe? Meu primeiro contato com ela foi tão interessante! A enfermeira chegou e falou que eu tinha que estimular o leite pra minha nenen tomar. Eu fiquei doida pensando: "O que é que eu faço pra tirar leite?" Porque não tinha com o que tirar. Foi muito difícil pra tirar porque meu seio estava inchado e doía muito. Eu chorei muito. Aí eu só consegui tirar 2 ml, pouquíssimo, né? Aí quando eu cheguei lá, eu disse pra médica que tinha sido tudo o que eu tinha conseguido tirar. Aí ela disse assim: "É tudo o que sua nenen precisa. Ela só toma 2 ml", mas olhe, tu acredita? Eu me arrepiei do pé a cabeça, aí chorei mesmo de alegria, né? Aí pronto, sabia que alguma coisa de mim estava passando ali, aí comecei a tirar o leite e não tinha preguiça não. Eu não sei de onde veio tanta força pra mim. Ainda hoje eu fico pensando, porque eu sou mole, eu sou horrível. Mas menina, foi uma experiência de vida tão grande que hoje eu me sinto uma pessoa tão forte! Eu acho que pra tudo, sabe? Porque anteriormente eu não era não. Eu tinha uma vontade tão grande de pegar ela, que a primeira vez que a

médica mandou eu pegar... Bem, ela mandou eu tocar nela, mas eu pensei que era pra pegar no colo, mas como ela estava na incubadora e no soro, eu não sabia como pegar. Aí eu pedi pra médica tirar ela da incubadora pra mim, mas ela me falou que era só pra tocar. A vontade era tão grande de pegar ela!, ah, eu tinha o maior carinho por ela. Quando eu fui pegar ela no colo, eu tive medo, tão pequenininha! Eu estava tão desajeitada, aí enrolaram ela para ficar melhor pra eu pegar, mas aquilo era um prazer... sei lá!, uma coisa assim que eu percebia que era alegria pra mim, entendeu? Ela é tão carente! Lá no hospital o pessoal não fala nada pra gente. Você ali tem que fazer tudo sozinha. Sei não (silêncio), porque eu acho que uma mãe de prematuro devia ter uma assistência diferente, um preparo, entendeu? Porque é uma coisa que a gente nunca está preparada. Você chega lá no berçário, pensa que a criança está morta, cheia de aparelho, com aquela venda no rosto, por causa da fototerapia, e eu ficava, meu Deus, pra que isso? Porque eram três lâmpadas fluorescentes e ela chorava muito. Eu morro de medo que ela adoeça. Qualquer coisa eu corro pro HU porque eu acho que ela é mais fraca porque é prematura. O que eu passei foi uma experiência de vida, foi uma coisa muito estressante. É porque tudo na vida a gente aprende, né? Pra mim serviu muito o que eu aprendi. Eu não sabia nem como era ter um filho normal porque eu nunca tinha tido. Tudo isso aconteceu na minha vida, mas eu não desejo isso pra ninguém, porque, além de você sofrer pra ter, você sofre por ver seu filho sofrendo ali naquela incubadora. É uma coisa muito estressante. Eu mesmo envelheci bastante, amadureci em tudo. Hoje eu estou sentindo dificuldade, porque eu ainda não estou bem preparada. E pra dar a comida a ela, eu fico com medo dela engasgar. É muito difícil, muito difícil ser mãe de um prematuro.