

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL

ROSÂNGELA TORQUATO FERNANDES

TECENDO AS TEIAS DO ABANDONO:

Além das percepções das mães de bebês prematuros

São Luís
2009

ROSÂNGELA TORQUATO FERNANDES

TECENDO AS TEIAS DO ABANDONO:

Além das percepções das mães de bebês prematuros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão, como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno Infantil.

Orientadora: Prof. Dra. Zeni Carvalho Lamy

São Luís
2009

Fernandes, Rosângela Torquato.

Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros. / Rosângela Torquato Fernandes. - São Luís: UFMA, 2009.

91f.: il.

Impresso em computador (Fotocópia).
Orientador: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno- Infantil, 2009.

1. Abandono de bebês. 2. Mãe de bebê prematuro 3. Prematuridade. 4. Adoção. 5. Infanticídio. I. Título

CDU 618.43

ROSÂNGELA TORQUATO FERNANDES

TECENDO AS TEIAS DO ABANDONO:

Além das percepções das mães de bebês prematuros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Aprovada em: ____ / ____ / 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Zeni Carvalho Lamy (Orientadora)
Programa de Pós Graduação em Saúde Materno- Infantil – UFMA

Prof. Dr^a Denise Streit Morsch
Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher- IFF.Fio Cruz.R.J.

Prof. Dr^a Anna Paula Serrário Gonçalves
Doutora em Enfermagem-UFMA

Prof. Dr^o Fernando Lamy Filho
Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno -Infantil - UFMA

Aos Meus **Pais** que, ao longo de suas vidas de labor, tiveram, como objetivo principal, a educação de seus filhos. Hoje vivenciam a solidão do envelhecer.

A Tarcísio, com quem compartilhei a possibilidade de ser mãe e me permite exercitar sentimentos tão altruístas como a tolerância, a paciência, as alegrias e tristezas dos movimentos da vida a dois.

A Luciana, Laura e Luíza, por me permitirem tocar a imortalidade.

AGRADECIMENTOS

A realização de um trabalho de pesquisa envolve sempre várias pessoas. Nunca se está sozinha. Pode-se dizer que, para se chegar ao final, uma rede de apoios foi acionada, sem ela tudo ficaria sem conclusão. As tramas dessa rede é que farão a diferença. Se for de uma trama mais aberta que possibilita novas entradas; haverá expansão, caso contrário, resta a atrofia. Acreditamos, no entanto, que um trabalho de pesquisa só será de excelência quando as tramas da rede são bastante permeáveis ao novo e amplo conhecimento.

Agradecer a essa rede que conspirou com você e para você é o mais sublime dos sentimentos. É, portanto, um momento de oração.

Agradeço:

Ao Universo onde estão contidos Deus e o Homem.

A orientação da Prof.^a Dr.^a e amiga Zeni Carvalho Lamy, que me estimulou e ajudou a percorrer este caminho.

Às mães que quiseram participar desta pesquisa, que colocaram suas histórias, suas dores e seus medos.

Aos professores que, como guias nesse novo caminho, nos diziam: “Não podem perder tempo, olhem todos os dias para seus projetos”.

Aos colegas de mestrado que, durante esse período, me permitiram vivenciar sala-de-aula, ser aluno, compartilharmos momentos alegres e dolorosos.

A Helena, secretária do mestrado que está sempre a nos informar e ajudar.

A Patrícia, psicóloga do serviço de Neonatologia, que se disponibilizou participar da realização dos grupos das mães, como observadora.

À equipe de enfermagem da UTIN, que me informava a chegada de um novo bebê.

A Francisca, enfermeira da UMB, amiga de sempre, que monitorizava as altas dos bebês para que eu pudesse fazer a segunda entrevista. A Edith, assistente social que viabilizou dados do seu arquivo. A Luiza Ciria e Shirley, que localizavam as mães, quando no ambulatório de prematuros, para a vinda aos grupos.

A Gisele, Conceição, Mary Adler que estiveram disponíveis para reflexão e diálogos no momento da análise.

A Silvia e Vanda que, enquanto chefes do serviço de Neonatologia, favoreceram-me trocas de horário e lugar para que eu pudesse viabilizar a pesquisa.

Ao desembargador Mário Reis, amigo, que viabilizou que eu chegasse até o juiz da 1ª vara da Infância e Juventude no momento o Sr. José Américo e a Assistente social Magnólia, que me permitiram acesso aos dados sobre adoção de bebês em S.Luís.

A Francisco que, durante as aulas de inglês, que também viravam aulas de computação e pesquisa de material, foi um grande incentivador.

A minha irmã Rita, com os recortes de jornais, revistas e livros que se referissem sobre o tema. A Raquel, pela ajuda em computação, no início tão complexo para mim.

A minha sobrinha Clarissa, que já tendo feito os caminhos das pós, com muita facilidade veio ao meu socorro.

A minhas filhas Laura e Luiza, pela ajuda nas transcrições das fitas impressionando-me com a rapidez com que o faziam, embora depois eu revisasse. A Luciana pelas revistas jurídicas sobre o assunto.

A Tarcísio, que esteve sempre por perto, ajudando nas leituras, nas pesquisas de materiais, nas dificuldades com a tecnologia e logo me instrumentalizou na era da informática..

Por fim a Lúcia que escuta os meus choros e lamentos de solidão, ao me sentir abandonada, e, muitas vezes, querer abandonar.

Maternidade

“Seu desejo não era um desejo corporal. Era desejo de ter filho, de sentir, de saber que tinha filho, um só filho que fosse, mas um filho.

Procurou, procurou pai para seu filho. Ninguém se interessava por ser pai. O filho desejado, concebido, longo tempo na mente, e era tão lindo, nasceu do acaso, o pai era o acaso.

O acaso nem é pai, isso que importa? O filho, obra materna, é sua criação, de mais ninguém. Mas lhe falta um detalhe, o detalhe do pai. Então ela é mãe e pai do seu garoto, a quem por acaso, falta um lobo da orelha, a orelha esquerda”.

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, tendo como objetivo compreender as representações sociais das mães de bebês prematuros e o abandono desses. Nesse estudo, partimos do pressuposto de que os bebês prematuros estão mais expostos a serem abandonados, devido ao afastamento precoce das mães, longo tempo de internação e devido aos elevados índices de co-morbidades por elas apresentadas. A pesquisa foi realizada no setor da neonatologia, nos espaços da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade Mãe Bebê (UMB) e ambulatório segmento do HU-UFMA Unidade Materno-Infantil. O projeto só foi executado após aprovação do comitê de ética em pesquisa. Como critério de inclusão, foi adotado ser mãe de prematuro cujo bebê estivesse na UTIN. Foram consideradas fora do trabalho as mães de bebês mal formados e mães cujos bebês tenham sofrido anóxia. Nossa amostra seguiu os critérios da metodologia qualitativa de saturação de campo, participando 12 mães. A coleta de dados ocorreu no período de setembro 2007 a março 2008. Para isso, utilizamos a triangulação de instrumentos: leitura das fichas sociais localizadas nos prontuários dos RN, entrevistas semi-estruturadas com as mães e observação no momento das entrevistas e grupo focal. O tratamento dos dados baseou-se em princípios do método de análise de conteúdo na modalidade de análise temática. Dentre os resultados, destaca-se que a representação das mães, sobre o tema, vai sofrendo modificações, conforme o período da internação do bebê. No início, não é possível falar sobre o assunto, o que só ocorrerá em grupo, no ambulatório de segmento. As mães demonstram a necessidade de serem maternadas para aprender a cuidar. O abandono da mãe pelo companheiro e pela família e condições econômicas são fatores de risco para uma mãe abandonar um filho. Em termos de conclusão, ressalta-se a necessidade de uma rede de suporte constituída pelos profissionais, pelo companheiro e a família, nesse momento de fragilidade materna. Essa proteção deve iniciar-se no pré-natal e se estender ao longo do período puerperal. Só a partir dessa proteção, essas mães vão poder resignificar o medo, a culpa e se empoderar nos cuidados com o bebê.

Palavras-chave: Abandono de bebês. Abandono infantil. Prematuridade. Adoção. Infanticídio.

ABSTRACT

Descriptive qualitative study aiming at understanding the social representations of mothers of premature babies when abandoning them. We presumed, in the present study, that preterm babies are more likely to be discarded due to the mothers' early estrangement, prolonged hospital staying, and because of the increased rates of comorbidity. The research was undertaken in the neonatology sector, Newborn Intensive Care Unit (NICU), Mother Baby Unit (UMB) and ambulatory segment of the University Hospital of the Federal University of Maranhão Infant Maternal Unit. The project was carried out after approval by the Research Ethics Board. Mother of preterm baby being treated at the NICU was the inclusion criterion. Mothers of infants with malformation and those whose babies had suffered anoxia were excluded from the study. Our sampling followed the qualitative methodology criteria of field saturation with 12 participating mothers. The data were collected in the period of September 2007 and March 2008, and for such, instrument triangulation was used: reading of social cards from newborn medical records, semi-structured interviews with the mothers, and observation at the moment of the interviews, and focus group. The data management were based on basics of the content analysis method in the thematic analysis modality. Among the results, it is highlighted that the representation of mothers on the subject undergoes changes consistent with the period of the baby's hospitalization. It is not possible to talk about the subject initially, that only happens when in group in the segment ambulatory. They bear the necessity of being motherly in order to learn to care for their infant. The mother being abandoned by her mate and her family, as well as economical status, are risk factors for a mother abandoning her infant. In conclusion, we draw attention to the need of a support network made up by professionals, mates, and the family in such a maternal fragility moment, where that protection starts during prenatal care lasting up to the puerperal period. With the protection those mothers may overcome the fear, the guilt and empower themselves in the baby's care contributing to not neglecting their care.

Key-words: Boarder Babies. Abandoned Infants. Adoption. Prematurity. Infanticide.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número de adoções na cidade de São Luís-MA, nos anos de 2004 a 2007.....	17
Quadro 2	Características das 12 mães entrevistadas no serviço de neonatologia do Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil (HUUFMA) durante o período de outubro /2007a maio/2008.....	47
Quadro 3	Características dos 12 recém nascidos analisados no serviço de neonatologia do Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil (HUUFMA) durante o período de outubro/2007 a maio/2008.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DA	- Data da alta
DI	- Dias de internação
DN	- Data de nascimento
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
G	- Gramas
HIC	- Hemorragia intracraniana
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IES	- Índice de Exclusão Social
IG	- Idade gestacional
MH	- Membrana hialina
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PCA	- Persistência de canal arterial
RGE	- Refluxo gastro-esofágico
RN	- Recém-nascido
RNBP	- Recém -nascido baixo peso
RNEBP	- Recém -nascido extremo baixo peso
RNMBP	- Recém -nascido muito baixo peso
ROP	- Retinopatia da prematuridade
SM	- Seio materno
UMB	- Unidade Mãe Bebê
USTF	- Ultra -sonografia transfontanela
UTIN	- Unidade Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	19
2.1	Geral	19
2.2	Específicos	19
3	MARCO TEÓRICO	20
3.1	Aspectos da prematuridade	20
3.2	Abandono de bebês	21
3.2.1	Abandono protegido	22
3.2.2	Abandono selvagem.....	22
3.2.3	Abandono como forma de violência.....	23
3.3	Infanticídio: o extremo do abandono de bebês	24
3.4	O abandono de bebês do ponto de vista legal	26
4	METODOLOGIA	29
4.1	Tipo de estudo	29
4.2	Representações sociais: categoria metodológica	29
4.3	Local de estudo	31
4.4	Descrição da Unidade neonatal	31
4.5	Sujeitos do estudo	34
4.5.1	Critérios de não inclusão	34
4.6	Amostra	34
4.7	Técnicas e instrumentos de estudo	34
4.7.1	Grupo focal	35
4.7.1.1	<i>Sujeitos</i>	35
4.7.1.2	<i>Local e formação dos grupos</i>	36
4.7.1.3	<i>Instrumentos</i>	36
4.8	Coleta de dados	37
4.9	Considerações éticas	39
4.10	Análise dos dados	39
4.10.1	Pré-análise.....	40

4.10.2	A segunda etapa ou fase de categorização-exploração do material.....	40
4.10.3	A terceira fase – análise dos resultados e interpretações	41
5	RESULTADOS	42
5.1	Conhecendo as díades mãe/bebê	42
5.1.1	Conhecendo as mães entrevistadas	42
5.1.2	Características dos recém nascidos.....	44
5.2	Ser mãe de bebê prematuro: “eu não queria ser mãe assim”	49
5.3	Representações sobre o abandono	53
5.3.1	O Abandono segundo as mães entrevistadas	53
5.3.2	Mãe abandonante, mãe abandonada	57
5.3.2.1	<i>O abandono familiar / social</i>	57
5.3.2.2	<i>Abandono pelo companheiro</i>	60
5.3.3	O cuidado como obrigação materna: “mãe que não cuida é má”	65
5.4	Empoderamento materno: criando espaços para o cuidado	68
5.4.1	Ser cuidada para cuidar do filho	68
5.4.2	Redes de suporte	69
6	CONCLUSÃO	73
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICES	86

INTRODUÇÃO

“O que nós chamamos de começo é frequentemente o fim e fazer um fim é fazer um começo. O fim é de onde começamos”.

(Winnicott, 1978)

O ato de abandonar um recém-nascido é geralmente visto pela sociedade ocidental atual como cruel, embora seja frequente e pareça fazer parte do inconsciente humano quando diante da adversidade (WEBER, 1994).

Ainda se acredita culturalmente que toda mulher tenha o desejo de ser mãe e de cuidar do bebê gerado e que esse amor seja incondicional; abandonar ou matar seja um ato de loucura expresso em uma mãe, uma transgressão moral (BADINTER, 2004). No entanto, a autora, citada ao estudar questões ligadas ao amor materno, observou que ele não é instinto, inato à condição feminina, mas dependente de questões sociais, culturais sofrendo variações de cada época.

O comportamento de abandono de bebê se inscreve ao longo da História da Humanidade. Relatos da Bíblia já fazem referências a esse comportamento apresentando como exemplo Moisés, que é abandonado por sua mãe por questões políticas (GENESIS: 12-6).

A mitologia grega também é cheia de relatos clássicos tais como as de Édipo, seguido ao de Júpiter, deus da Luz, Poseidon, o deus das águas (MARCILIO, 2006). Os relatos históricos são vários e chamam atenção pela ascensão social que o abandonado tem na mitologia grega, sai da condição de excluído e entra para o patamar de herói.

No período do domínio romano, era freqüente o abandono de crianças e faz parte da história da cidade de Roma ter sido fundada pelos enjeitados Rômulo e Remo, filhos do deus Marte abandonados à beira do rio Tigre. Esse costume era comum nessa sociedade, onde existiam lugares (praças) destinados para os bebês enjeitados serem deixados. O destino dessas crianças geralmente era se tornarem servos, serem prostituídos ou destinados à escola de gladiadores (HEYWOOD, 2004; MARCILIO, 2006).

Por sua vez, é em Roma que nascem as primeiras leis que regularizam a adoção. O infanticídio era enquadrado como crime, no entanto, o abandono, em si, era aceito. Em todas essas sociedades da idade antiga, o pai tinha extremo poder sobre o filho, inclusive de vendê-lo, desde que comprovasse que estivesse na miséria; e caso o quisesse de volta, teria de indenizar quem o cuidou.

De acordo com os escritos de Boswell (1984), a Igreja cristã, por volta do século V, em toda a Europa, condenava severamente o infanticídio, porém o abandono de bebês era considerado um mal menor. Mesmo em famílias de posses, excetuando-se o primogênito, os outros poderiam ter sua educação nos mosteiros, onde se instituía a oblação de crianças. Estes se tornavam responsáveis pela educação espiritual e criação dessas.

A essas crianças, estava destinada a vida de pobreza, obediência e castidade para sempre. Para Boswell (1984), a oblação representa uma forma de abandono; essas doações dos filhos como forma de prevenir a fragmentação da propriedade dos ricos senhores, que assim maximizavam a herança para os filhos mais velhos, os responsáveis pela linhagem familiar.

No século XIV, o ato de abandonar recém-nascido atingiu seu apogeu na Europa, causando indignação à sociedade da época, que, motivada por sentimentos religiosos, preocupava-se com os enjeitados que morriam sem o sacramento do batismo. Surgiu, então, sob a égide da Igreja, na Itália, no século XVII, depois se disseminou por toda Europa século XIX, a Roda dos Expostos nas Santas Casas de Misericórdia, como proteção para as crianças que nasciam de gravidezes indesejadas ou quando as famílias não podiam delas cuidar. A Roda consistia num cilindro de madeira giratória localizada no muro dessas instituições onde as crianças não desejadas eram colocadas sem nenhuma identificação, no completo anonimato. No Brasil, foi introduzida nos grandes centros urbanos tais como São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador, no período colonial e apresentava um elevado índice de mortalidade infantil, um verdadeiro infanticídio (HEYWOOD, 2004; VENÂNCIO, 2004; MARCILIO, 2006).

No início século XX, com o movimento higienista e o desenvolvimento científico, essa prática desapareceu, dando lugar a ações governamentais de políticas sociais de proteção à criança. Surgiram, então, os primeiros códigos jurídicos. Em 1979, institui-se o Código de Menores, que definiu “o menor em situação irregular”. Em 1990, chegamos ao Estatuto da Criança e do Adolescente hoje vigente no país (VENÂNCIO, 2004; MARCILIO, 2006). Essas leis, embora bem elaboradas, são de difícil execução, quando se está inserido em um modelo econômico que prioriza lucros, competição, individualismo, favorecendo à desigualdade social (WEBER, 1996).

Surgiram novas formas de institucionalização para essas crianças sob a tutela do Poder Público. As instituições-abrigo, criadas como proteção temporária, acabam funcionando como lar definitivo, o que leva à superlotação desses abrigos (GUIRADO, 2004).

Tal situação gera crianças sem identidade e sem passado; verdadeiros filhos do Estado. O Poder Público, que favorece o abandono e a exclusão social, torna-se de forma precária o mediador do abandonado (WEBER, 1996).

Pesquisas sobre abandono realizadas a partir de dados colhidos nas delegacias, polícia federal e casa-abrigo (LONG, 1993; BLOCH, 2001; CESARIO, 2001; CHILDREN'S BUREAU, 2004; BRADLEY, 2003; CRAIG, 2004; LEE; LI; KWONG, 2006) constataram que este é mais frequente nos primeiros dias de vida, em mães adolescentes, primíparas, solteiras, gravidez de relacionamentos extra conjugais, usuárias de drogas e em mulheres de classe social mais desfavorecida. Dentre os fatores de risco relacionados aos bebês, os que mais levam ao abandono, são a presença de malformações e a prematuridade, quando há possibilidade de complicações tais como hidrocefalia, paralisia cerebral, retinopatias e doença pulmonar crônica. O destino dessas crianças, na maioria das vezes, é o óbito. Os sobreviventes poderão ser levados a abrigos públicos, e um pequeno número será adotado (WEBER, 1996; CRAIG, 2004; CHILDREN'S BUREAU, 2005).

Bonnet (1993), na França, realizou uma pesquisa na qual buscou identificar por que mulheres doavam seus filhos, considerando que as questões sócio-econômicas desse país não eram justificativa. Outro fato identificado foi a negação da gravidez, levando ao seu reconhecimento tardio. Pelas leis francesas, o abortamento só é permitido até doze semanas; desta forma, muitas vezes, a gravidez era levada a termo, resultando em abandono. Em seus resultados, encontrou nas mulheres pesquisadas, profundo sofrimento psíquico em decorrência de situações vivenciadas na infância, tais como histórias de negligência e abuso.

Trabalhos realizados nos Estados Unidos pelo Departamento Nacional de Saúde e Desenvolvimento Humano (CHILDREN'S BUREAU, 2005) identificaram como fatores que favorecem o abandono, doenças psiquiátricas maternas e instabilidade emocional. Segundo esses estudos, esses fatores podem levar ao abandono selvagem, classificado como aquele que pode levar ao óbito, a exemplo do abandono em lixeiras, vias públicas e banheiros.

Lamy (1995; 1997), ao estudar a vivência das mães em UTI Neonatal, identificou mães fragilizadas, com dificuldade em escolher o nome do seu bebê e, muitas vezes, em permanecer ao seu lado participando de seus cuidados, sugerindo fragilidade vincular nessas relações, fator referido na literatura, como facilitador desse comportamento de abandono.

Existem poucos trabalhos no Brasil relativos ao tema, principalmente devido à dificuldade de localizar essas mulheres que estão envolvidas pelo sentimento de medo e culpa por conta da criminalidade que permeia o comportamento de abandono.

Weber (1996), em trabalho realizado no Estado do Paraná, no qual fez um mapeamento dos abandonados a partir das adoções, destacou questões multifatoriais como causas de abandono, a exemplo de exclusão social, pobreza, exploração do trabalho impossibilidade de abortar legalmente, o medo, e a falta de estrutura familiar.

A Exclusão social, fator apontado ao longo da história como grande favorecedor ao abandono, merece ser discutida em nosso país, haja vista que uma das características marcantes do Brasil é o contraste no que se refere aos indicadores sociais e econômicos que fazem da sociedade brasileira uma das mais desiguais do mundo (KLIKSBERG, 2000; LEMOS, 2007). Utilizando o Índice de Exclusão Social (IES) a partir de dados do IBGE/PNAD/07 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), constata-se que no Brasil, o quinto maior país do mundo, os estados com maior grau de população socialmente excluída, encontram-se nas regiões Norte e Nordeste. Em termos de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o Maranhão em 2006 pontuou 0,705, o que significa dizer, segundo parâmetros deste aferidor, que o estado atingiu nível mediano de desenvolvimento humano. Contudo, exatamente por se tratar de um aferidor de bem-estar social apresenta dificuldades técnicas em medir contingentes populacionais em situação de indigência ou exclusão social, em economias subdesenvolvidas; logo, diz muito pouco sobre a realidade do estado (LEMOS, 2007).

O IES, por se tratar de um instrumento de aferição e avaliação de padrões de mal-estar social, é capaz de identificar essas populações em situação de indigência ou exclusão social, tornando-se mais indicado para ser utilizado em países/estados/regiões com grandes desníveis sócio econômicos.

No Maranhão, os dados sobre abandono de criança são praticamente inexistentes. Este estudo sobre a exclusão social no Brasil realizado por Lemos (2007), aponta este estado da federação como o 3º terceiro detentor da maior quantidade de excluídos sociais do país. Os três maiores percentuais observados de excluídos ou indigentes estão nos municípios de Santo Amaro do Maranhão, com 71,86 %; Fernando Falcão 71,4 % e Araiões com 70,75 %.

Os três menores percentuais de excluídos ou indigentes estão nos municípios de São Luís, com 28,42 %; Imperatriz, com 32,6 % e Balsas, com 35,35 %.

Para melhor compreensão do contexto da situação do abandono no município de São Luís, buscaram-se registros junto ao juizado de menores, promotorias da infância e juventude, casas-abrigo e crianças abandonadas no próprio hospital.

Na primeira vara da infância e juventude de São Luís, localizamos dados sobre adoção. Considerando o que diz Webber (1994) que cada história de adoção resultou de uma

história de abandono, esses dados podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre essa realidade local.

Ano	ADOÇÕES		
	Nacionais	Internacionais	Total
2004	51	03	54
2005	70	04	74
2006	85	03	88
2007	86	03	89

Fonte: 1ª Vara da Infância e da Juventude da Comarca de São Luís – MA (2007).

Quadro 1 - Número de adoções na cidade de São Luís - MA, nos anos de 2004 a 2007.

É importante que se expresse que os números observados no quadro acima, não representam apenas adoções de bebês; aí estão incluídas adoções de crianças maiores e adolescentes, embora em um número pequeno de casos.

Na busca de conhecer as histórias das mães desses bebês, deparamo-nos com uma situação de impedimento. Os registros das famílias biológicas são sigilosos. Por lei, seus dados não podem ser acessados. O Art. 47, parágrafo 3º, do ECA diz: “Nenhuma observação à origem do ato poderá constar nas certidões dos registros” (BRASIL, 2006). A adoção traz, em seu início, um segredo: o aniquilamento total e irrevogável da identidade dos genitores biológicos, o que dificulta e até mesmo inviabiliza algumas pesquisas.

Freston e Freston (1994), em Campinas, e Bastos (2002), no Distrito Federal realizaram pesquisas para conhecer os motivos alegados pelas mães para abandonar os seus bebês e encontraram como resposta mais relevante a situação econômica.

Considerando, como já foi dito, que a pobreza é importante fator para o abandono, pode-se inferir que esta variável deve ser elevada no estado do Maranhão. O assunto torna-se uma questão de Saúde Pública, uma vez que as leis que regem a adoção, são bastante rígidas e ainda não se tem uma cultura desenvolvida para tal comportamento, contribuindo para abrigos sempre lotados (GUIRADO, 2004).

Os dados sobre os bebês abandonados no serviço de Neonatologia do Hospital Materno-Infantil (HUUFMA), no período de 2001 a 2007, registram 15 crianças, com a maior predominância observada no ano de 2004 (6 crianças). Essas crianças fazem parte dos dados estatísticos do juizado da primeira infância, pois todos os bebês que nascem neste serviço e são abandonados, são enviados para esse órgão.

Com esta pesquisa, buscou-se conhecer aspectos do abandono de bebês prematuros por suas mães quando internados na UTIN. Nossa preocupação refere-se não a ocorrência do fato em si, mas à intenção ou um desejo subjacente na mulher que faz parte de suas fantasias ou dos seus pensamentos, durante a gestação e parto que possa estar permeando esta relação mãe-bebê. Por intenção, de acordo com Houaiss (2005, p. 37), “entenda-se como tudo aquilo que se pretende fazer ou alcançar, passando pela vontade e desejo podendo realizar-se ou não”.

Por várias vezes, durante o trabalho realizado no atendimento com as famílias, com o bebê e suas mães, surgiram questões sobre a fragilidade desses vínculos. A partir dessas reflexões e observações, buscou-se ampliar o conhecimento sobre o assunto, através da compreensão desse universo de uma forma mais sistemática. Ademais acredita-se que ampliar estudos sobre o assunto e compreendê-lo com mais profundidade, é relevante no sentido de abrir espaços para programar políticas de proteção e suporte a essas crianças e suas famílias durante a gestação, o parto e o puerpério, estendendo-se até o primeiro ano de vida, considerado período de maior vulnerabilidade pra ocorrência de abandono. Portanto, é importante desenvolver pesquisas que possam favorecer a construção de uma consciência medico social, proporcionando meios de minimizar o problema. Talvez assim se esteja contribuindo para a diminuição não só do abandono, mas da taxa morbimortalidade infantil e da violência hoje instalada na nossa sociedade.

Esta investigação, cujas bases e resultados serão apresentados a seguir, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

A presente Dissertação traz no capítulo I as bases da pesquisa e o que motivou a autora para tal investigação, os objetivos gerais e específicos a serem contemplados.

O capítulo II apresenta o embasamento teórico e conceitos além de considerações a respeito do tema.

No capítulo III, apresentam os caminhos desenvolvidos para contemplar essa investigação, os métodos e técnicas desenvolvidas para atingir esses objetivos.

O capítulo IV traz os resultados obtidos ao longo da pesquisa, fazendo-se correlação com o março teórico em um processo discursivo.

Na conclusão, encontra-se nossa opinião formada com o conhecimento adquirido a partir do campo e do conteúdo teórico. Apesar da aridez do tema, procuramos transformar o nosso olhar em palavras.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a rede de eventos envolvidos na intenção de abandono de mães de bebês prematuros.

2.2 Específicos

1. Identificar características sócio-econômicas das mães estudadas;
2. Caracterizar os bebês quanto às condições de nascimento e evolução na UTIN;
3. Identificar vivências de abandono na infância materna;
4. Analisar as representações sociais de mães de bebês prematuros sobre abandono.
5. Identificar práticas ligadas ao ato ou intenção de abandono;

3 MARCO TEÓRICO

“Vem então o fato de eu ter sido abandonado por minha mãe. Esta também é uma experiência comum. Elas caminham na nossa frente, com muita rapidez, tão perdidas em seus pensamentos que nos esquecem, e mais cedo ou mais tarde desaparecem.”

(Marylenne Robinson)

3.1 Aspectos da prematuridade

Com o avanço tecnológico e científico, as ações voltadas para área perinatal, compreendida a gestação, parto e primeiro mês de vida, proporcionaram maiores taxas de sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais imaturos e de menores pesos de nascimento. A prematuridade passa a ser grande problema de Saúde Pública, contribuindo para elevados números de morbimortalidade infantil, para a invalidez e doenças do desenvolvimento, principalmente envolvendo a cognição e o comportamento (FIELD, 2005).

De acordo com a OMS (1961), o conceito de recém-nascido prematuro é todo bebê cujo nascimento ocorre abaixo de 37 semanas de idade gestacional pela DUM (Data da última menstruação). Podendo ser classificados quanto ao peso em:

1. RNBP – recém-nascido de baixo peso: é todo aquele cujo peso de nascimento é abaixo de 2500g
2. RNMBP – recém-nascido de muito baixo peso; é aquele cujo peso nascimento está abaixo de 1500g.
3. RNEBP – recém-nascido de extremo baixo peso: é aquele cujo peso de nascimento está abaixo de 1000g.

Sabe-se que, quanto mais baixo o peso, maior a possibilidade de complicações clínicas que afetam o desenvolvimento (LUCETTA et al., 2006). Dentre as patologias mais frequentes, temos os distúrbios respiratórios como displasia bronco pulmonar (DBP), que podem evoluir para traqueostomia, complicações gástricas com dificuldades em motricidade oral, podendo necessitar de gastrostomia. Têm-se ainda riscos para os distúrbios oftalmológicos como retinopatia da prematuridade, que pode evoluir com perda significativa da visão. Em relação aos distúrbios neurológicos, destacam-se as hemorragias intracranianas, que comprometem a substância branca periventricular, com alto risco para aparecimento de quadros clínicos como paralisia cerebral espástica e distúrbio cognitivo (HACK et al., 2000; LEONE, 2004; STEWART, 2005).

Pesquisa realizada por Aragão et al. (2004) aponta que os fatores de risco mais freqüentes para prematuridade encontrados em São Luís foram: idade materna abaixo de 18 anos, renda familiar abaixo de um salário mínimo, primiparidade, nascer em hospital, parto vaginal, não fazer pré-natal, e ser mãe solteira. Todos estes são fatores que constam na literatura nacional e também aqueles apontados pela literatura internacional que sugerem a existência de abandono durante a vida uterina, deste bebê e que portanto, potencializam condutas de negligência no futuro.

3.2 Abandono de bebês

O abandono de bebês por suas mães é uma ação humana que, na sociedade ocidental está sujeita a julgamentos e punições (WEBER, 1994). Ao se falar em abandono, remete-se com freqüência a uma forma desse comportamento que é o de deixar nas ruas, praças, gerando repúdio e mal estar nas pessoas pelo fato de existir em qualquer individuo fantasia de ter sido abandonado ou ter abandonado alguém.

Diante de tal comportamento esses sentimentos são mobilizados, ao se pensar na criança como um ser espontaneamente inserido no seu meio familiar, onde recebe atenções afetivas e materiais para seu desenvolvimento adequado. Entretanto, com muita freqüência, observa-se um descuido das famílias para com suas crianças e ao atendê-las em serviços públicos, o profissional da área de saúde pode sentir sensação de impotência, raiva e fazer julgamentos. Muitas vezes, diante da mãe que maltrata ou negligencia, o profissional é levado a pensar em abandono. (BEZERRA; CORREA; GUIMARÃES, 2002).

A negação desses cuidados, a falta de atenção, de interesse e de esquecimento, segundo Azevedo e Guerra (2000) são negligências. Para as autoras, a negligência ocorre devida à provável dificuldade na interação entre os membros da família, o ambiente físico, o simbólico e a sociedade. Tais falhas só não serão abusivas quando são devidas às carências de recursos sócio-econômicos.

Deslandes e Assis (2002), a partir de uma abordagem social, consideram abandono como uma forma extrema de negligência, podendo significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos, de cuidados necessários à saúde e higiene; ou ainda ausência de proteção contra as inclemências do meio (frio, calor), o que pode culminar com a morte (infanticídio). O que vai endossar o significado encontrado no dicionário da língua portuguesa, Houaiss (2005) para a palavra abandono, definida como a

falta de amparo, proteção ou cuidado, desistência de um ato, renúncia. Abandono e negligência, portanto, a partir de uma ótica social são comportamentos que se interligam.

Para a psicanálise, abandono é o desinvestimento libidinal, é retirar-se sem suporte (FREUD, 1980). É a negação da condição desejante. Nesta corrente do conhecimento, existe uma diferença significativa entre abandono e desamparo. Freud (1980), ao desenvolver a teoria da angústia, traz o desamparo como condição primordial do recém-nascido humano que, incapaz de sobreviver sozinho, necessita do outro, um semelhante. Lacan vai firmar essa diferença ao falar da dicotomia presença X ausência, em que o abandono é um evento secundário em relação ao desamparo. Spitz (1984), em seus relatos sobre a síndrome da privação afetiva, confirma a necessidade de ter havido primeiramente presença afetiva, para que a ausência se faça sentir.

Catão (1998), trabalha com a idéia de que toda criança precisa ser adotada, ou seja: investida afetivamente no inconsciente parental, para que em outro tempo, o abandono possa acontecer. O desamparo é uma condição natural do humano, daí a necessidade de proteção é fundamental. Diante do exposto, o abandono é uma condição capaz de instaurar danos psíquicos, com repercussão em toda vida do indivíduo.

A lei ao definir abandono, o faz por vários aspectos como o econômico, falta de relacionamento afetivo ou quando existe a separação de corpos, além de maus-tratos. Definir abandono, portanto, é complexo, e estudá-lo não é uma tarefa simples. Esta pesquisa utilizou, em sua construção teórica algumas abordagens das vertentes social e psíquica, partindo da premissa de que o ser humano é resultante de interações biopsicosocial não sendo possível dissociá-lo para maior compreensão.

Bradley (2003), ao tentar conhecer o fenômeno, para melhor clareza de estudos, define as várias formas de abandono infantil.

3.2.1 Abandono protegido

A criança é deixada em local onde alguém irá cuidar, como hospitais, familiares e entregue para adoção.

3.2.2 Abandono selvagem

É quando o recém-nascido é deixado após o nascimento em praças públicas, ruas, banheiros públicos, lagos e lixeira. São deixados para morrer.

3.2.3 Abandono como forma de violência

O conceito de abandono de bebês está vinculado a uma categoria mais ampla, que é a violência humana. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), define-se violência como “o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, danos psicológicos, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et al., 2002, p. 5). A *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* conceitua *violência* como “o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros” (BRASIL, 2001).

As definições para violência contra a criança e o adolescente variam de acordo com visões culturais e históricas sobre crianças e seus cuidados, com os direitos e o cumprimento de regras sociais relacionados a ela e com os modelos explicativos usados para violência (MINAYO, 2006).

Quando Minayo (2006) tece considerações sobre violência, ressalta seu lugar nas relações sociais, desde o nível subjetivo, a microesfera da família, até o âmbito macrossocial e global; a idéia de intencionalidade mostra que a violência é um fenômeno eminentemente humano sobre o qual existe responsabilidade individual e coletiva.

A classificação da violência é bastante complexa, de acordo com OMS (2002). É feita quanto ao tipo e categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações:

1. Violência interpessoal: (intra familiar e comunitária);
2. Violência auto-infligida (comportamentos suicidas e os abusos);
3. Violência coletiva: corresponde aos atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômico, caracterizando dominação de grupos e de Estado, como as guerras;
4. Violência estrutural - refere-se aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdade sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e o adolescentes.

A OMS classifica ainda quanto à natureza dos atos violentos que podem se dar por quatro modalidades de abusos ou maus tratos:

1. Físicos;
2. Psicológica;

3. Sexual;
4. Negligência ou abandono ou privação de cuidado.

A negligência é definida como ato de omissão, supressão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (ABRAPIA, 1997).

Deslandes e Assis (2002), definem maus tratos pela existência de um sujeito em condições superior (idade, força, posição social ou econômica, autoridade) que pode causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariando a vontade da vítima. Os maus tratos contra a criança são definidos por convenções legais entre a cultura, a ciência e os movimentos sociais. Neste sentido, a criança maltratada deixou de fazer parte de um contexto único, tal como miséria, alcoolismo, psicopatia. A violência contra criança se dá em todas as classes sociais.

Galheigo (2008), ao realizar estudo sobre violência, enfatiza as limitações conceituais para lidar com a complexidade do fenômeno e as diferentes violências que se apresentam na atualidade. Diante dessa complexidade e da relevância desses atos, no Brasil, desde 1990, foram criados mecanismos reguladores legais em casos de violência infantil. Essas leis estão contidas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

3.3 Infanticídio: o extremo do abandono de bebês

A partir dessas definições e classificações, o abandono de bebês é um fenômeno humano social bastante amplo que pode culminar com atos extremos como a morte.

A literatura forense denomina esse ato extremo, a morte, como homicídio infantil. O *homicídio infantil* é uma expressão jurídica que se refere ao assassinato de criança no primeiro ano de vida, independente do autor do ato. Quando o homicídio é causado pela mãe, pode-se chamar infanticídio.

Melhor definindo, de acordo com o Código Penal Brasileiro, no art. 123, infanticídio é quando uma mãe causa a morte de seu filho sob a influência do estado puerperal, durante o parto ou logo após, sendo proposital ou por omissão. A mãe, que executa tal ato, é penalizada com a detenção de dois a seis anos. Este conceito diverge de país para país (DELMONT et al., 1986).

Freire (2006), ao referir-se ao código penal português sobre o tema, o qual é bem similar ao brasileiro, fala da ambivalência no enquadramento do fenômeno, pois assim como estabelece a influência do “estado puerperal,” uma condição diferenciada perturbadora, sugere pena e punições ao invés de tratamento. Entretanto, o Código Penal Brasileiro, no art. 26, abre

espaço para que, se for comprovado distúrbio mental, a autora não sofra punição, mas submeta-se a tratamento psiquiátrico.

O neonaticídio não é definido pela lei do infanticídio, e não consta no Código Penal brasileiro. Porém é citado na literatura médica como o assassinato de uma criança durante as primeiras 24 horas de vida pós nascimento (RESNIC, 1970; MENDLOWIEZ et al., 1998; SPINELLI, 2001; CRAIG, 2004).

Craig (2004), ao fazer um estudo na Inglaterra sobre fatores de risco perinatais ao neonaticídio, concluiu que este seria um procedimento terminal de um aborto que não pôde ser realizado. E se não foi realizado, provavelmente foi devido às leis muito rigorosas que preveem em quem executa tal ato.

Para esse autor é difícil serem documentados os números exatos de incidência de infanticídio, já que muitos casos são encobertos. Os números oficiais estimam a incidência em torno de 30 a 45% por ano, com o neonaticídio sendo responsável por 25% (CRAIG, 2004; FRIEDM, et al. 2005). Isso significa que os bebês correm um risco grande de serem vítimas de homicídio.

De acordo com os estudos de Resnic (1970), que é um dos primeiros a usar o termo *neonaticídio*, eram características dessas mães serem jovens adolescentes, primíparas, solteiras, cuja gravidez resultou de estupro ou paternidade extramarital; outro fator era esse bebê ser um obstáculo à ambição da mãe. A passividade justificaria a continuidade da gravidez e uma não realização do aborto por essas mulheres, como uma característica de sua personalidade. Quando o bebê nasce, diante do primeiro choro, são invadidas por um temor que, ao tentar calar a criança, levam à morte. De acordo com esse autor, não existe intenção de matar. Aquelas que concretizam o aborto teriam personalidade mais forte, ativistas, que atacam o perigo da gravidez com mais rapidez, não permitindo seu desenvolvimento. Existe uma impulsividade, mas o autor não traz a psicopatia como presente nestas pacientes.

Essa posição não é consenso para todos os estudiosos no assunto. Alguns trazem distúrbios de personalidade como fator presente na mãe que executa o infanticídio (BOURGET; GAGNE, 2002; KARAKUS et al., 2003; OBERMAN, 2003). Argumentam porém, que essas mulheres podem ter já vivenciado qualquer distúrbio psiquiátrico anteriormente. A literatura revela que as mulheres estão mais susceptíveis a perturbações mentais no período puerperal, por isso é mais freqüente tal ato, nesse período (FIGUEIREDO, 2001).

Nos diários de São Luís identificaram-se alguns casos:

Adolescente de 17 anos, no interior do estado, após ter parido bebê em pé no quintal da casa de sua tia, diz á policia que no momento que o bebê caiu e começou a chorar, ficou com medo, e enfiou papel higiênico em sua boca para calar o choro, amarrou pés e mãos depois enterrou [...]. (BOGÉA, 2007).

Encontrado abandonado bebê em galeria de esgoto, com várias picadas de formigas, com mais ou menos quinze dias de vida, no bairro no Planalto Anil [...]. (MORAES, 2007).

Diante dos relatos dos diários populares, observa-se que na maioria dos abandonos selvagens não se encontra a identificação da mãe; a criança é deixada para a morte em completa desvalia (BRADLEY, 2003). Os relatos geralmente são veiculados pelos jornais, e nem sempre é possível montar um perfil dessas mães de acordo com autora.

O outro relato confirma o que a literatura mostra: mãe adolescente em pânico, diante do choro do bebê, executando o ato de matar a criança, como Resnic (1970) nomeia o neonaticídio.

3.4 O abandono de bebês do ponto de vista legal

Toda organização social estabelece normas que regularizam os comportamentos dos seus cidadãos. Nossa sociedade dispõe do chamado Código Civil Brasileiro (2002), que vai normatizar esse viver em sociedade, e ao referir-se a esse comportamento do abandono infantil, nos artigos 1.635 e 1.638, estabelece a extinção e a perda do poder familiar quando diante desses atos. Para melhor ilustrar o tópico, citem-se os referidos artigos:

Art. 1.635. Extingue-se o poder familiar:
 I - pela morte dos pais ou do filho;
 II - pela emancipação, nos termos do art. 5º, parágrafo único;
 III - pela maioridade;
 IV - pela adoção;
 V - por decisão judicial, na forma do artigo 1.638.

Art. 1.638. Perderá por ato judicial o poder familiar o pai ou a mãe que:
 I - castigar imoderadamente o filho;
 II - deixar o filho em abandono;
 III - praticar atos contrários à moral e aos bons costumes;
 IV - incidir, reiteradamente, nas faltas previstas no artigo antecedente.

O que chama atenção primeiramente é o fato de o novo Código Civil, datado de 2002, não mais referir-se ao “pátrio poder”, expressão que remetia à estruturação familiar cingida ao poder patriarcal, mas sim, indo de acordo com a tendência estabelecida pela Constituição de 1988, em que homens e mulheres foram equiparados em direito e deveres;

tratar de “poder familiar”, expressão que remete a uma família estruturada nas figuras do pai e da mãe.

Nesse contexto, os artigos 1.635 e 1.638 estabelecem que o poder familiar poderá ser perdido tanto pelo pai quanto pela mãe que cometerem os atos dispostos nos incisos elencados nesses dispositivos.

O abandono infantil também é considerado crime, existindo uma intolerância social para tal comportamento a partir do lugar de importância ocupado pela criança na sociedade atual (PEREIRA, 2000). Dessa forma, é exigida uma punição para aqueles que cometem tal ato, estabelecida no Código Penal. Este, ao referir-se ao abandono infantil, não o faz isoladamente, mas o classifica de vários aspectos, quais sejam: o material, o intelectual e o moral, como se observa na redação do artigo 244:

Art. 244 - Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada, deixar sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo:

Pena - detenção, de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa, de uma a dez vezes o maior salário mínimo vigente no País

Art. 245 - Entregar filho menor de 18 (dezoito) anos à pessoa em cuja companhia saiba ou deva saber que o menor fica moral ou materialmente em perigo:

Abandono Intelectual

Art. 246 - Deixar, sem justa causa, de prover à instrução primária de filho em idade escolar:

Pena - detenção, de 15 (quinze) dias a 1 (um) mês, ou multa.

Art. 247 - Permitir alguém que menor de 18 (dezoito) anos, sujeito a seu poder ou confiado à sua guarda ou vigilância:

I - freqüente casa de jogo ou mal-afamada, ou conviva com pessoa íciosa ou de má vida;

II - freqüente espetáculo capaz de pervertê-lo ou de ofender-lhe o pudor, ou participe de representação de igual natureza;

III - resida ou trabalhe em casa de prostituição;

IV - mendigue ou sirva a mendigo para excitar a comisseração pública.

Pena - detenção, de um a três meses, ou multa.

Ainda, discorrendo-se sobre a proteção jurídica à criança, em julho de 1990 foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei nº 8.069/90, instrumento jurídico-político que normatiza a proteção integral à criança e ao adolescente, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

Em relação a essa lei federal, Amin (2006) diz ser um sistema aberto de regras e princípios em que as regras nos fornecem a segurança necessária para delimitação das

condutas, e os princípios expressam valores e fundamentam as regras, exercendo uma função de integração sistêmica. Regras e princípios, portanto são normas.

Ainda de acordo com este autor, três são os princípios básicos:

- 1) Princípio da Prioridade Absoluta;
- 2) Princípio do Melhor Interesse;
- 3) Princípio da Municipalização.

O princípio da prioridade absoluta está estabelecido por lei no art. 227 do Código Civil, e no artigo 4º da lei 8.069/90. Em todas as esferas, no campo judicial, administrativo, social ou familiar, o interesse em favor da criança e do adolescente é preponderante, tendo por objetivo claro a proteção integral, assegurando primazia para concretização dos direitos das crianças, levando em conta a condição de fragilidade e desenvolvimento a que a criança está submetida. A prioridade deve ser dada por todos: família, comunidade, sociedade em geral, poder público, dentre outros, para com isso, favorecer que as crianças possam constituir-se cidadãs dentro do modelo estabelecido pela sociedade em que a mesma está inserida (culto, bons modos, trabalhador e capaz de competir no mercado de trabalho).

O princípio do melhor interesse é um princípio orientador, determinando a primazia das necessidades das crianças; é o norte de quem lida com as questões naturais da infância e da adolescência, independentemente de raça, cor, gênero ou outras características sociais ou econômicas. Dessa forma, aquele que lida com a criança deve garantir a proteção da criança sem preconceitos.

O princípio de municipalização refere-se à competência dada pela Constituição da república de 1988 aos municípios para executar as políticas assistenciais à criança e ao adolescente, através de conselhos, fiscalizados pelo Ministério Público.

O ECA tem sua importância fundamentada na particularização dos direitos da criança e do adolescente que deve ser respeitados e cumpridos, já que são necessários à formação do indivíduo ainda em desenvolvimento. São eles: direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito à liberdade e à convivência familiar.

Cabe aos atores sociais (família, comunidade, sociedade e poder público), assegurar com dignidade a execução. Se a família não tem condições de alimentar adequadamente sua prole, importa ao Poder Público elaborar Políticas Sociais para atender à demanda (fome zero, bolsa família). A comunidade tem por função encaminhar as famílias a participarem dos programas, através dos Conselhos Tutelares e cabe ao Ministério Público a fiscalização da ausência desses programas e de sua real execução.

4 METODOLOGIA

“Natureza da gente não cabe em nenhuma certeza. O real não está na saída e nem na chegada, ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”. Riobaldo. Grande Sertão: Veredas.

(Guimarães Rosa, 2005)

4.1 Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, por ser a mais adequada para se estudar significados, crenças, desejos e valores (MINAYO, 2006). Foi utilizado a teoria das representações sociais como categoria metodológica.

4.2 Representações sociais: categoria metodológica

O conceito de representações sociais foi explicado por várias correntes filosóficas, dentre as quais, a escola positivista de Durkheim, a da sociologia compreensiva de Weber e seus seguidores, a fenomenológica de Schutz, Marx e seus seguidores (Gramsci e Lukács) e, atualmente, pela psicologia social com Moscovici. Estes pensadores tentam explicar as representações como idéias, pensamentos, juízos de valores que fazem parte do cotidiano das pessoas, o senso comum, que pode ser pesquisado e analisado.

Moscovici (1978), ao operacionalizar conceitos e torná-los teoria recorreu a outros teóricos do pensamento científico dentre os mais importantes citam-se: Freud (teoria psicanalítica), Piaget (teoria interacionista desenvolvimento infantil), Levy-Bruhl (teoria antropológica), Saussure (teoria da linguagem), Vigotsky (teoria interacionista do desenvolvimento do sujeito e o meio).

Nesta pesquisa, foram definidos, como representação social a partir da psicologia social de Moscovici (1978), pensamentos, ações, valores, atitudes e sentimentos que expressem a realidade em que vivem as pessoas. É utilizada para explicar, justificar, e questionar essa realidade.

Portanto, Moscovici (2003) traduz representações sociais como sendo um conjunto de conceitos, afirmações, explicações dadas no cotidiano, que se configuram em uma teoria do senso comum. O sujeito é o criador do conhecimento a partir do que ele conhece das experiências ocorridas em seu cotidiano e do valor dado a essas experiências vividas. Portanto é “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de

comportamentos e a comunicação entre os indivíduos”. Essa condição de criador da realidade e do conhecimento, nunca é deslocada da historicidade e do contexto social de seu mundo.

Elas, as representações sociais, não teriam qualquer utilidade em um mundo de indivíduos isolados; não existiriam. O indivíduo só existe dentro da rede social a que pertence, toda sociedade é resultado da interação de milhares de indivíduos (MOSCOVICI, 2003).

De acordo com Jovchelovitch (2003), as representações são estratégias desenvolvidas por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que embora pertença a todos, transcende a cada um. A posição ocupada por um indivíduo na estrutura social influencia sua visão de mundo sem, contudo, determiná-la inteiramente.

Moscovici (2003), considera que, na sociedade contemporânea, coexistem dois universos distintos de pensamentos: os universos consensuais e os universos reificados. Nos universos consensuais, a sociedade se vê como um grupo feito de indivíduos de igual valor, expressando livremente suas opiniões, respostas e teorias para todos os problemas, ocorrendo neste universo, as teorias do senso comum. O universo reificado é a instância na qual se produzem e circulam as Ciências e o pensamento erudito, nesse espaço; só falam os especialistas.

Há, na obra de Moscovic (2003), o questionamento da primazia do pensamento científico, como única forma de superação da ignorância. Acredita ele que, a partir do cotidiano gerado na realidade do indivíduo e do meio social que está inserido, haja a construção de uma consciência coletiva que os impulsiona a viver suas vidas. Conclui, por fim, que a realidade é socialmente construída e o saber é uma construção do sujeito, mas não desligada da sua inserção social.

De acordo com Spink (1993), existe uma perspectiva temporal, na elaboração da representação social, que ocorre em três tempos, sendo elas:

- Tempo curto da interação, que tem por foco a funcionalidade das representações, no aqui - agora;
- Tempo vivido, compreendendo o processo de socialização tendo a influência do grupo social ao qual o indivíduo pertence;
- Tempo longo, compreendido pelo domínio das memórias coletivas, onde estão depositados os conteúdos culturais acumulativos de nossa sociedade.

É, à luz desses autores, que se utilizaram as representações sociais como recurso metodológico onde buscou-se, à partir das falas das mães, a compreensão do que elas entendem por abandono e daí surgiram novas questões que nos levaram a pensar em questões

intersubjetivas e intrapsíquicas. Essas representações se manifestam em palavras, sentimentos e condutas vivenciadas naquele espaço, sendo passíveis de serem pesquisadas e analisadas na tentativa de compreensão dessa realidade.

As palavras como nosso instrumento de análise não são a realidade em si, mas uma fresta iluminada: elas a representam (MINAYO, 2006).

Gomes e Mendonça (2002), colocam que para a interpretação dessas palavras na busca pelo que representam, não basta passar só pela autoria de quem interpreta, faz-se necessário remeter-se à situação que as envolve. Portanto, nesse sentido, contempla-se a história pessoal e a história social desses atores.

Compreender as falas exigiu a compreensão e contextualização das realidades que elas expressam, e isso foi enriquecido com as histórias sociais trazida pelos dados dos questionários maternos. Isto possibilitou traçar um quadro de categorias de análise, através das representações sociais das mães, utilizando suas falas como instrumento ao longo da pesquisa.

4.3 Local de estudo

Este estudo foi realizado no serviço de neonatologia do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) em São Luís. Este é parte de um complexo hospitalar constituído de duas Unidades hospitalares; é um importante centro formador de profissionais na área de saúde e consolida-se como Centro de Referência no Estado do Maranhão em procedimentos de alta complexidade para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando assistência à saúde com qualidade, integrada ao ensino, pesquisa, extensão.

A Unidade Materno-Infantil presta atendimento às gestantes de risco, assim como à criança, em várias áreas e também a adolescentes. Tem título de Amigo da Criança (UNICEF). Sua maternidade realiza, em média, 5000 mil partos por ano, com 84 leitos em sistema de alojamento conjunto, é referência para gestações de alto risco no estado.

4.4 Descrição da Unidade neonatal

A Unidade Neonatal está situada no terceiro andar de um edifício de cinco andares onde funciona a Unidade Materno-Infantil do HUUFMA, compartilhando, nesse andar, com outros setores como Alojamento Conjunto e o Centro Cirúrgico Pediátrico. Essa unidade è

constituída de três espaços distintos. O primeiro, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o segundo, a Unidade intermediária (UI) e a Unidade mãe bebê (UMB).

A média de internação de crianças na UTIN é de 503 crianças por ano; desses, 289 são bebês prematuros o equivalente a 57,5% dos atendimentos.

A UTIN conta com 20 leitos de alto risco para onde são destinados os bebês prematuros ou bebês de termo que necessitam de cuidados intensivos; vivem a eminência de morte. Aí nesse espaço, os prematuros permanecem até saírem do quadro mais grave, quando são destinados à UI ou UMB dependendo da disponibilidade da mãe em reinternar com seu bebê. Durante todo o período da internação do bebê, é permitida a presença dos pais com horário livre; sendo uma vez por semana, permitida a visita dos avós e dos irmãos. Toda a dinâmica de cuidados é estabelecida com o intuito de favorecer o vínculo entre a mãe e o bebê.

Quando o bebê interna na UTIN, a mãe que se encontra no alojamento conjunto, recebe visita de uma enfermeira e/ou de uma assistente social que irão informar sobre o estado de saúde do seu bebê. Geralmente quando a mãe vai visitar pela primeira vez o seu filho, tem a companhia de um desses profissionais, com o intuito de amenizar o impacto causado por este ambiente. Após sua alta, é orientada no sentido de visitas diárias com horário livre e da possibilidade de ré-internação quando o bebê melhorar seu estado clínico e for encaminhado para a UMB.

Encaminha-se para o segundo espaço chamado Unidade Intermediária e/ou UMB, quando os bebês encontram-se com o seu estado clínico estável. Entenda-se como estável, quando os mesmos estão respirando sem auxílio de aparelhos, com o volume de dieta por via oral suficiente para retirar-se a infusão venosa e já atingiram o peso mínimo de 1250g.

Este segundo espaço, chamado Unidade Intermediária, que continua com Unidade Mãe Bebê, ao todo, com 18 leitos, funciona como alojamento conjunto para os bebês e suas mães. Elas reinternam, quando os mesmos já saíram da fase mais grave do adoecimento e numa perspectiva de aumentar o contacto dessa mãe com o seu bebê favorecendo as relações vinculares entre mãe e filho e a família.

Nesse espaço em que são interligados UI e UMB, encontra-se como divisória, somente uma parede com grandes aberturas, simulando uma meia parede em que compartilham o mesmo posto de enfermagem. Essa forma de ligação favorece o fluxo do bebê entre elas. O que vai determinar estar em uma ou outra, é a presença da mãe. Alguns bebês permanecem mais tempo na UI, se suas mães não tiverem disponibilidade de reinternação,

neste caso, serão cuidados pela enfermagem. Enquanto que aqueles cujas mães podem reinternar para aprender a cuidar, ficam na UMB, recebendo apoio da equipe.

O trabalho, nesse setor, é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar com uma abordagem interdisciplinar, com objetivos precisos de favorecer a vinculação entre a mãe e o filho, incentivar o aleitamento materno, facilitar à mãe a segurança para cuidar do seu filho, estimular o contato pele-a-pele e estabelecer uma rede social de apoio, tudo isso dentro de uma perspectiva de uma atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (BRASIL, 2002). Essa forma de atendimento ampliada tem por base os precipícios e técnicas do chamada Método Canguru, maneira preconizada pelo Ministério da Saúde para atender aos prematuros e recém nascido de baixo peso (LAMY et al., 2005).

Essa nova forma de atendimento permite aos pais livre acesso à UTIN, sendo a entrada também expandida aos familiares, tais como irmãos e avós. Como já foi dito, o trabalho na UTIN é desenvolvido por uma equipe de profissionais, dentre eles médico, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem, trabalhando dentro de uma dinâmica de equipe, com troca de informações entre os profissionais sobre os bebês ali atendidos. Por todo o percurso do bebê da UTIN, até UI E UMB, vai sendo utilizado o método canguru.

A alta hospitalar, que segue critérios pré-estabelecidos pelo serviço, tais como, peso acima 1700g, em aleitamento exclusivo ao seio materno, mãe sentindo-se segura nos cuidados com o filho, e com a garantia de retorno e acompanhamento ao ambulatório de seguimento até a idade de 7 anos.

Esse espaço, o ambulatório de seguimento, está localizado no andar térreo do hospital, na área de ambulatórios, passando a ser frequentado pelos bebês e sua famílias após a alta hospitalar. É um acompanhamento sistematizado, para avaliar a evolução e as repercussões que o nascimento e as condutas ao prematuro na UTIN possam ter provocado, avaliando, portanto, crescimento e desenvolvimento, ao mesmo tempo em que se preocupa com um encaminhamento o mais precoce possível para as intervenções julgadas necessárias pela equipe. Para isso, recebem cuidados de uma equipe de multiprofissionais: pediatras, neurologistas, cardiologista, oftalmologista, terapeuta ocupacional, enfermeiros, psicóloga, terapeuta familiar, assistente social e técnicos de enfermagem.

Nesses três ambientes hospitalares, bastante complexos, é onde caminha o bebê prematuro e sua família nesse início de vida. Vida esta, que se estabelece diferente, pelo adoecimento, angústias, medos, fantasmas e inseguranças. Fomos conhecer alguns destes

atores sociais, as mães, para que pudessem, a partir de suas falas, expressar o universo questionado.

4.5 Sujeitos do estudo

Foram entrevistadas mães de bebês prematuros internados em UTIN. Por recém-nascido prematuro foram definidos, de acordo com a OMS, bebês nascidos de partos realizados com idade gestacional abaixo de 37 semanas pela data da última regra (DUM).

4.5.1 Critérios de não inclusão

Não participaram do estudo mães de bebês portadores de malformações e/ou de asfixia ao nascimento, considerando-se que esses são conhecidos fatores da literatura para abandono hospitalar, maus tratos e negligência (BRADLEY, 2003).

4.6 Amostra

A amostra do estudo foi feita de acordo com os critérios de pesquisa qualitativa. Nesse tipo de pesquisa, a definição da amostra não se baseia em critérios numéricos pré-estabelecidos pelo pesquisador: vai se definindo durante o trabalho de campo, à medida que a coleta de dados avança. O que indica a quantidade suficiente da amostragem é à repetição das informações, o que é indicativo de uma saturação do campo.

“Por critério de saturação, entende-se o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do e/ou da coletividade em estudo [...] a validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões” (MINAYO, 2006, p.198).

A nossa amostra foi representada por 12 mães de bebês prematuros.

4.7 Técnicas e instrumentos de estudo

Como técnicas, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, observação de campo e grupo focal.

A definição dos instrumentos de estudo buscou atender às propostas de triangulação, na tentativa de ampliar a compreensão dos dados coletados e garantir

confiabilidade ao estudo. Na abordagem qualitativa, é estimulada essa variedade de instrumentos. Por triangulação, compreende-se “combinação de múltiplos pontos de vista e de uma variedade de técnicas de coletas de dados que acompanha o trabalho de uma investigação” (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 215).

Os dados maternos foram obtidos a partir de questionários, observação de campo e roteiro de entrevistas individuais semi-estruturadas e roteiro para grupos focais, ambos elaboradas pelo pesquisador (APÊNDICE A e B). Com esses instrumentos direcionados para captação das falas, fez-se uso de gravadores, por entender ser este o melhor meio de garantir fidedignidade de reprodução das opiniões e pensamentos por elas emitidos.

A utilização dos roteiros de entrevistas, como instrumento, ocorre de forma que abrangesse o tema em questão e proporcionasse flexibilidade durante a conversa. Os tópicos do roteiro foram internalizados pelo pesquisador, o que favoreceu uma conversa que, no início, se estabelecia distante, porém, com a continuação, tornava-se mais espontânea, facilitando a interação entre pesquisador e pesquisado, e reforçando o que é colocado por Minayo (2006, p.205):

Uma conversa com intenções entre o pesquisador e pesquisado se estabelece em torno do tema em questão, reforçando a importância do significado da fala, buscando entender a lógica e o sentido das suas opiniões e pensamentos. A palavra constitui símbolo de comunicação por excelência, e de interação entre o pesquisador e o pesquisado como parte fundamental da investigação qualitativa.

Watzlawick (1999, p.46) ressalta que “Interação é uma série de mensagens trocadas entre as pessoas, incluindo postura, choros, pausas. É uma unidade superior de comunicação”.

As entrevistas tiveram duração em média 45 minutos a 1 hora cada.

4.7.1 Grupo focal

4.7.1.1 *Sujeitos*

Foi realizado com as mesmas mães já entrevistadas individualmente, quando se encontravam no ambulatório de seguimento para bebês prematuros, com a intenção de identificar em suas falas valores e crenças ligadas ao abandono de bebê.

Das 12 mães que foram entrevistadas, todas foram convidadas por telefone para participar do grupo. Porém, somente dez compareceram; foi oferecido vale transporte e um lanche, ao final de cada grupo.

4.7.1.2 Local e formação dos grupos

Realizamos os grupos na sala de espera da Puericultura; por ser ampla, ficar vazia no turno vespertino e está localizada próximo ao ambulatório de seguimento. Foram dois grupos: o primeiro foi constituído de 5 mães, o moderador(o pesquisador) que conduz o grupo e um assistente. O segundo grupo também se formou com cinco mães, atingindo portanto, o mínimo de componentes necessário para que um grupo possa acontecer satisfatoriamente com uma boa discussão (KRUEGER, 1986).

Os grupos foram realizados em março, com intervalo de 15 dias entre eles, por conveniência do pesquisador.

4.7.1.3 Instrumentos

Utilizou-se como instrumento um roteiro-guia elaborado pelo pesquisador (APÊNDICE A) com tópicos focados no tema PREMATURIDADE X ABANDONO. De acordo com Morgan (1998, p. 57) “o roteiro de grupo focal precisa ser provocador para permitir um debate entusiasmado e participativo e promover condições de aprofundamento, fazendo jus ao que se pretende com essa técnica”.

Utilizou-se gravador para facilitar a captação das falas com melhor veracidade e, depois, associá-las às observações e às anotações do assistente (psicóloga do serviço) que observava e registrava a dinâmica e a interação do grupo.

Durante a realização dos grupos, o tema em foco pode ser abordado a partir da associação que as mães fizeram entre a realidade do nascimento de um bebê prematuro, vivenciada por todas elas, e a ficção da uma novela da atualidade. Nesse período, estava sendo veiculado na televisão uma novela que abordava, questões relativas a um bebê que nasceu prematuro possibilitando, assim, uma discussão calorosa sobre o tema.

Observou-se o que dizem os teóricos. A coleta de dados a partir do grupo focal, tem como uma de suas maiores riquezas se basear na “tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos [...]. Partiu-se da possibilidade de que as pessoas

em geral, diante de temas polêmicos, precisam ouvir a opinião dos outros sobre o assunto, antes de formar as suas próprias (MORGAN, 1998).

O assunto em grupo pode ser falado, discutido, emitido opiniões.

Todas as fitas das gravações das entrevistas tanto as individuais quanto as gravações do grupo, foram transcritas para extrair-se das falas os dados necessário para responder nossos objetivos.

4.8 Coleta de dados

Num primeiro momento, identificou-se, na UTIN, mãe que preenchia nossos critérios. As mães identificadas foram convidadas a participar desse trabalho, naquele instante eram explicados nossos objetivos, quando aceitavam, falávamos do termo de consentimento livre e esclarecido e após ser assinado, iniciava-se o trabalho.

A partir dos prontuários e das fichas sociais buscaram-se os dados para preenchimento dos questionários, o que forneceu a oportunidade de conhecer a história clínica dos bebês e social de sua mãe.

Foram iniciadas as entrevistas, já com esse conhecimento prévio das mães; foi colocado que, se elas permitissem, iria ser gravada essa conversa e que a qualquer momento o gravador poderia ser desligado; bastaria que elas o solicitassem. Isso, porém, não aconteceu; sua presença no início se fazia notar, quando as mães lançavam um olhar e falavam pouco, depois era esquecido. Talvez, a necessidade de compartilhar aquele momento doloroso fosse mais imperiosa do que se sentir vigiada por este instrumento, o gravador. A duração das entrevistas individuais eram de 45 minutos em média. O tempo de coleta foi de 4 meses, de outubro a janeiro.

Primeiramente, foram realizadas as entrevistas somente na UTIN, nas primeiras 72 horas após o nascimento, com a intenção de registrar as falas dessas personagens. Logo se observou não ser o melhor local para se falar do tema. A angústia, o medo da morte e a culpa pairavam sobre suas falas e o espaço ficava para expressar essa dor; o choro era a expressão maior dessa comunicação. Isso inibiu o pesquisador em falar sobre o tema, por estar tocando em um assunto proibido num momento carregado de tantas emoções dolorosas.

Falar sobre abandono de bebê era insuportável. Sobre outros momentos do ciclo da vida, era até possível. Nesse primeiro momento, buscou-se conhecer a gravidez, o parto prematuro, sua infância, adolescência, sua família. Encontrar em suas falas atuais vivências

passadas que pudessem estar vinculadas ao nosso objeto de estudo. Por uma questão ética, o tema abandono aqui não foi mencionado.

A pesquisadora, a partir da interação com o campo, foi motivada a buscar o objeto de estudo em um outro momento, quando esses sentimentos de pesar e dor pudessem estar mais amenizados. Para Minayo (2006, p. 45), “a interação humana numa situação de entrevista, não é só um trabalho de coleta de dados, mas uma relação na quais as informações dadas pelos sujeitos podem ser afetadas pelo encontro”.

Procurou-se, então, ampliar o nosso olhar também para o segundo momento da internação, que se dá na Unidade Intermediária. Nesse local, os bebês já saíram da fase mais grave e suas mães reinternam para se aproximarem de seus bebês, nos cuidados, na amamentação, o que favorecerá a vinculação.

Decidiu-se uma segunda entrevista na Unidade Mãe – Bebê, no período próximo à alta em torno do 2º ao 5º dia antes desta data, quando os bebês já se encontravam em fase de recuperação e suas mães estavam mais confiantes, em processo de aprendizado, nos cuidados com os mesmos. Então foi dada maior ênfase sobre o tema durante as entrevistas; nesse momento, porém, observou-se que, embora a pesquisadora introduzisse o tema abandono infantil para as mães, não havia uma fluência da fala e o assunto era tangenciado. Quando era perguntado sobre “vontade de deixar no hospital,” ou se “tinha vontade de não mais voltar”, constatou-se uma pobreza nas falas. Até se falava, porém não havia uma profundidade, sobre o tema. Algumas mães aceitavam falar do assunto, mas a maioria não o concretizava. Percebeu-se que ali era o espaço das Vitóriaas, todas de alguma forma anexavam ao seu nome as suas histórias de conquistas e guerreiras da vida. Estavam vencendo a grande vilã, a morte, o que expressava, também, que aquele espaço era pequeno para tão doloroso assunto.

Na pesquisa qualitativa de acordo com Minayo (2006, p. 276):

A interação entre o pesquisador e o sujeito pesquisado é essencial [...] o investigador precisa trabalhar com liberdade e inteligência para reconhecer as diferentes técnicas como guias podendo criar outros ou prescindir delas, quando necessário. A dialética, entre técnica e criatividade, é o tempero da boa pesquisa.

Isso possibilitou se caminhar até o ambulatório de seguimento, na busca pelo nosso objeto de estudo, que não estava tão claro nos dois primeiros momentos por onde passa o RN após o nascimento. Primeiramente, o bebê prematuro ao seu nascimento vai para UTIN, para depois UI e/ou UMB. Sabendo-se que se tratava de um tema polêmico e complexo optou-se por utilizar mais uma técnica, o Grupo focal, cujo objetivo foi desenvolver uma discussão direcionada sobre o tema: prematuridade x abandono.

É uma técnica de entrevista direcionada a um grupo, que é organizado, a partir de determinadas características em comum, visando a obter informações qualitativas organizadas, tais como opiniões, pensamentos seguindo um determinado quadro teórico de referência (KRUEGER, 1986).

Acreditou-se que, nesse espaço, as mães, já estando em casa, estariam mais apropriadas de seu bebê e mais seguras para expressar, em suas falas, toda negação anterior sobre o tema. E fomos trabalhar com grupo focal.

Das entrevistas, tanto as individuais quanto as gravações do grupo, foram transcritas as falas para, delas, extraírem-se os dados necessários para responder os objetivos.

4.9 Considerações éticas

Este estudo foi encaminhado ao comitê de ética e pesquisa do HUUFMA, e os trabalhos de campo só se iniciaram após liberação da pesquisa pelo comitê. As mães foram entrevistadas após assinarem termo de consentimento livre e esclarecido.

Durante a realização do trabalho de campo, pela pesquisadora, que também é terapeuta familiar, o que lhe capacitou poder identificar nas mulheres entrevistadas a indicação, ou não, de um acompanhamento psicoterapêutico. Ao ser identificado, essa necessidade, foi garantindo este acompanhamento com a psicóloga do setor.

4.10 Análise dos dados

Quando se optou por trabalhar com a abordagem qualitativa, a comunicação era o ponto de partida para compreensão dos objetivos: tentar entender o comportamento das mães a partir das suas falas. De acordo com Bateson (apud WATZLAWICK, 1999), teórico da comunicação, “toda comunicação não só transmite informação, mas impõem um comportamento.” Com base nesse axioma, “o conteúdo de qualquer comunicação pode ser analisado considerando-se o emissor, o receptor, a mensagem e o meio para comunicar essa mensagem e expressar um comportamento” (CHIZZOTTI, 2006, p. 114).

Ao se utilizar a análise de conteúdo como técnica de tratamento de dados, foram adotadas normas sistemáticas para extrair os significados temáticos que, por sua vez, nos indicaram as representações sociais destas mulheres. Isto favoreceu melhor compreensão das falas, entendendo-se “a fala como o resultado de um processo social e como um produto

inacabado, influenciado e influenciando um contexto que lhe é maior” (MINAYO, 2006 p. 209).

Segundo Chizzotti (2006), o critério fundamental da análise de conteúdo é a fragmentação singular do texto. Portanto, as falas, ao serem transcritas, transformam-se em texto e, a partir da utilização de suas unidades mais simples (palavras, termos ou frases), vão constituir uma síntese condensada da realidade, e revelam as sutilezas contidas nas mensagens, porém respeitando-se as pausas, choros e silêncio dos entrevistados; observando-se que aquilo que pode não estar explicitado possa ser inferido.

A análise temática do material ocorreu em três etapas:

4.10.1 Pré-análise

Após transcrições das fitas, as falas (entrevistas) foram transformadas em texto com unidades de sentidos e significado. Uma leitura flutuante, exaustiva e interrogativa desse material foi realizada, para apreensão das idéias centrais e determinação das unidades de registros (palavras-chave ou frases) e a constituição do Corpus. Este consiste em todo material estudado, mesmo que seja necessário ampliação, mas que contemple todos os aspectos do roteiro para dar respostas aos objetivos propostos.

Foram determinadas as unidades de registros (palavras chaves) e a unidade de contexto que é a compreensão dessas unidades de registros.

4.10.2 A segunda etapa ou fase de categorização-exploração do material

Consistiu em explorar o material, numa busca a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, procurou-se encontrar expressões ou palavras significativas em torno das quais as falas se organizaram para a ordenação das categorias empíricas. Estas foram pré-estabelecidas pelo campo teórico em função dos objetivos propostos; a partir daí, foram ordenados os núcleos de sentido que constituíram as categorias analíticas. Extraíram-se as seguintes categorias de análise:

1. Ser mãe de prematuro;
2. Mãe abandonante x mãe abandonada.
 - 2.1-o abandono social;
 - 2.2-o abandono familiar;
 - 2.3-o abandono do companheiro;

3. Cuidado como obrigação materna;
4. Empoderamento da Mãe

4.10.3 A terceira fase – análise dos resultados e interpretações

Após se encontrarem as categorias analíticas acima descritas, foram realizadas interpretações e inferência, inter-relacionando-as com o quadro teórico em estudo das representações sociais, permitindo uma interface entre o estudado e o encontrado como resposta aos objetivos propostos. É importante ser colocado que, durante a discussão das entrevistas, foram utilizados, para identificação das falas das mães, nomes de flores em substituição aos nomes originais, mantendo-se assim a ética do anonimato. A utilização do nome das flores faz alusão à fertilidade e a sensibilidade feminina.

5. RESULTADOS

Após o exaustivo exercício de análise dos dados, sintetizar os resultados para apresentá-los de forma clara e compreensível ao leitor não foi tarefa fácil. Todas as questões encontradas pareciam muito importantes, no entanto, o processo de construir, recortar e reconstruir categorias foi necessário para alcançar a organização final apresentada neste capítulo:

- Conhecendo as díades mãe/bebê;
- Ser mãe de bebê prematuro: “*eu não queria ser mãe assim*”;
- Representações sobre o abandono;
- O cuidado como obrigação materna: “*mãe que não cuida é má*”;
- Empoderamento materno: criando espaço para o cuidado.

5.1 Conhecendo as díades mãe/bebê

Para alcançar os objetivos de conhecer o perfil das mulheres entrevistadas e de seus bebês, montamam-se dois quadros: um com dados das mães (quadro 2) e outro com os dados das crianças (quadro 3).

5.1.1 Conhecendo as mães entrevistadas

Das 12 mães entrevistadas, cinco eram adolescentes, com idades entre 16 e 18 anos. Destas, todas interromperam os estudos com a gravidez e quatro não realizaram pré-natal. Considerou-se, nessa pesquisa, o critério de realização de pré-natal adotado pelo Ministério da Saúde, que preconiza o mínimo de seis consultas.

Das quatro mães que referenciaram tentativa de abortamento, uma era adolescente. De acordo com Leff (1997), a tentativa de abortamento fala de uma gravidez não desejada, uma gestação negativa, com transmissão de emoções negativas ao feto, o que segundo essa autora vai interferir na qualidade do vínculo. Ao estudar mulheres na França que abandonaram seus bebês, Bonnet (1993) faz uma ligação entre abandono do bebê e a consumação de um aborto que não se efetivou.

Quanto à situação conjugal, ser solteira é um fator indicativo favorável para a mãe abandonar o bebê (FREESTON; FREESTON, 1994; BRADLEY, 2003), assim como pouca

escolaridade. Das mães entrevistadas, cinco eram solteiras e cinco têm somente cinco anos de estudo.

Histórias de abandono nas vidas dessas mães também são um fator bem presente. Dentre elas, sete relatam terem sido entregues para cuidados de terceiros. Três foram casos de adoção intrafamiliar. Tal como citado na literatura (FREESTON; FREESTON, 1994; BASTOS, 2002), o fator econômico foi o principal motivo alegado.

Outro tipo de abandono encontrado, foi o abandono paterno (três casos) ou materno (um caso), gerando famílias monoparentais, principalmente matriarcais.

Dessa forma, pode-se inferir que é muito comum que um abandonado incorra na mesma ação de abandonar outrem, comportamento identificado por Pereira (2003, p. 12) que diz: “que de modo recursivo, um abandono leva a outro abandono, numa sucessão de eventos e ações interligados, que se influenciam e se constroem mutuamente”. Isto caracteriza o que ela chama de *ciclo recursivo do abandono*.

Identifica-se que os fatores de risco para o abandono, relatados na literatura, foram também aqui encontrados, ou seja, falta de pré-natal, ser mãe adolescente, histórias de vida de abandono, tentativas de abortamento, ser mãe solteira, primiparidade e processos migratórios (BONNET, 1993; LONG, 1993; CESÁRIO, 2001; CHILDREN’S BUREAU, 2002; BRADLEY, 2003; CRAIG, 2004; LEE; LI; KWONG, 2006).

O que se caracteriza, nessa pesquisa como intenção de abandono, está baseada nos dados da literatura supra citada sobre fatores mais freqüentes que levam uma mãe a abandonar um filho, o que pode ser observado no quadro ilustrativo II, o qual aponta que cinco dessas mães não fizeram pré-natal e quatro declararam ter tomado remédios ou chás para abortar.

“Usei Citotec (pausa). Aí nem [...] (gagueja um pouco) nem apontou nem nada. Nem deu cólica (pausa). Aí disseram pra não tomar mais nada” [Petúnia].

Como se pode observar na fala de Petúnia, é possível pensar que tenha havido uma intenção em deixar para outro cuidar, a partir da contextualização de fatos de sua vida pregressa, com atitudes durante a experiência de ser mãe na UTIN, de dificuldades em ficar na UMB. Seu bebê ficou mais tempo sob cuidados da equipe, portanto na UI, recebendo visitas da mãe a cada três dias ou semanais, motivo que mobilizou a equipe a uma visita domiciliar. Essa visita foi de muita importância para ela e para os profissionais. Estes puderam compreender que ela era mãe de quatro filhos, fazia todo serviço doméstico da casa, tinha dificuldades em deixar suas outras crianças em companhia de vizinhas para poder ficar no hospital. A partir dessa visita, tornou possível buscar no interior uma irmã que veio ajudá-la, desenvolveu-se uma rede de apoio.

5.1.2 Características dos recém nascidos

Observando-se o quadro 3 que relata as características dos 12 recém-nascidos analisados neste trabalho, constatou-se que são crianças prematuras com internação variando de 22 a 56 dias. Esse tempo de internação, em um ambiente de UTIN, é considerado prolongado, haja vista que gera bastante estresse no bebê e ocasiona o afastamento do seu cuidador principal: a mãe. Os maiores estímulos são dolorosos, manipulações excessivas, o ambiente com excesso de luminosidade e de ruídos, o bebê necessita de preservar toda sua energia para sobreviver, deixando a interação com os pais para depois (BUSNEL; SOUSSUMI; CUNHA, 2002).

Busnel utiliza-se da teoria do desenvolvimento sinativo ou dos sub-sistemas desenvolvida por H.Als et al. (1986) para afirmar que a interação vai depender da idade gestacional do bebê (BUSNEL; SOUSSUMI; CUNHA, 2002). É possível uma interação mais precoce com os pais, como troca de olhares e sorriso, quando a idade gestacional está entre 30 a 34 semanas e o peso do recém-nascido entre 1500 a 2000g. Os prematuros extremos não dispõem de energia suficiente para colocar todos os subsistemas em funcionamento. A maioria das vezes, na fase mais aguda, o prematuro extremo só prioriza o autônomo.

São, portanto, bebês frágeis, que precisam sair do limiar de risco, entrar em fase de equilíbrio para que a interação com os cuidadores se estabeleça. E, posteriormente, caso uma base segura de apego não se estabeleça, incorrerá em uma série de alterações ao longo do seu desenvolvimento (FABRE-GRENET, 1997).

Como ilustração desse fenômeno, citam-se pesquisas realizadas (NEWMAN; MARES, 2007) com crianças em grupos de risco para distúrbios do apego, principalmente, crianças com negligência materna precoce, em que se identificam disfunções de comportamento tais como relações sociais inapropriadas, agressividade excessiva, inibição elevada e apatia.

Reportando-se ao quadro 3 novamente, tendo como base a idade gestacional pela escala New Ballard, verificou-se que os bebês pesquisados tiveram o período de gestação compreendido entre 26 semanas e 36 semanas e 3 dias. Com relação ao peso de nascimento, existem sete recém-nascidos cujo peso de nascimento encontra-se abaixo de 1500g, e um bebê com peso abaixo de 1000g. Estes se enquadram, portanto, nos dois grupos de maior risco para alterações de desenvolvimento e distúrbios cognitivos e de linguagem, de acordo com a literatura científica.

Citando os trabalhos realizados por Mello e Lopes (1998) com bebês prematuros de muito baixo peso (diga-se abaixo de 1500g), identificou-se que 25,7% das 70 crianças estudadas apresentam comprometimento neuromotor, e 20,3% alterações cognitivas.

Ainda referindo-se ao baixo peso, ao nascimento abaixo de 1500g e idade gestacional menor que 34 semanas, pesquisa realizada por Schirmer et al. (2006) com bebês prematuros abaixo de 1500g, identificaram maior atraso na aquisição da linguagem e conseqüentemente atraso no desenvolvimento cognitivo.

Quanto à relação de intercorrências clínicas na prematuridade de muito baixo peso, a infecção como sepse, distúrbios respiratórios, hipoglicemia e icterícia foram as mais encontradas. Trabalhos realizados por Curtis, Lindeke e Nelson (2002) e Caravale et al. (2005) Schmitd, et al. (2006) evidenciaram complicações clínicas como infecções graves, distúrbios metabólicos, hemorragia intracraniana nos RNs de muito baixo peso associado a alterações cerebrais e prejuízo de linguagem e cognição. Os trabalhos de Schmitd et al. (2004) evidenciam que a combinação de três morbidades comuns prediz fortes riscos para deficiência neurosensorial. Considerando-se o quadro referente aos RNs, estes apresentaram comorbidade não menos que três por cada criança.

Pode-se observar, no quadro referente aos recém nascidos, tempo de permanência na unidade intermediária e unidades mãe bebê. Nesse grupo temos quatro bebês cuja predominância de tempo foi maior na UI, isso significando que a mãe não pode reinternar com seu filho e fazia visitas, às vezes, a cada dois dias ou três dias semanais. No caso de duas dessas mães, foram necessárias visitas domiciliares da equipe para compreender a ausência.

Um desses bebês apresentava uma dificuldade de consolabilidade; frequentemente necessitando de um cuidador próximo dele ou uso de sucção não nutritiva para conciliar o sono, por duas vezes retornou a UTIN, por apnéia. Só após um desses quadros de apnéia a mãe pode reinternar e ficar com seu bebê.

Mais uma vez, lançamos mão do campo teórico de Busnel, Soussumi e Cunha (2002), e tenta-se compreender que uma criança prematura em estado de desamparo, seja pelo excesso de estímulos ou porque ainda é muito frágil, apresenta descompasso em seus sub-sistemas. Passando bruscamente do sono ao choro, tem apnéias, hipotonia muscular, aumentando a possibilidade de refluxo gastro-esofágico, não sabe se acalmar, só consegue fazer isso com ajuda dos outros.

Os trabalhos citados relacionam prematuridade com distúrbios de aprendizado, atraso de linguagem e alterações cerebrais, enfocando a necessidade de uma equipe de

profissionais para o atendimento dessas crianças a fim de que tenham melhor qualidade de vida. E, acima de tudo, pais fortemente comprometidos nos seus cuidados.

Variáveis	Violeta	Margarida	Érica	Jasmin	Orquídea	Gardênia	Lírio	Rosa	Hortênci	Bromélia	Petúnia	Girassol
Idade (anos)	16 anos	17 anos	16 anos	31 anos	26 anos	27 anos	31 anos	18 anos	18 anos	24 anos	30 anos	24 anos
Ocupação	estudante	do lar	estudante	do lar	do lar	do lar	comerciária	comerciária	comerciária	do lar	do lar	do lar
Escolaridade	8 anos	9 anos	6 anos	5 anos	11 anos	8 anos	11 anos	11 anos	11anos	6anos	5anos	10 anos
Paridade	primípara	primípara	primípara	primípara	primípara	tercípara	secundípara	primípara	secundípara	secundípara	multípara	secundípara
Situação conjugal	solteira	união consensual	solteira	união consensual	casada	casada	solteira	solteira	casada	união consensual	união consensual	solteira
Pré-natal	não	sim	não	não	sim	sim	não	sim	não	sim	não	não
Tentativa de aborto	sim	não	não	não	não	não	sim	não	não	não	sim	sim
História de abandono	sim	não	sim	sim	sim	não	sim	não	não	não	sim	sim
Adoção	sim	não	não	sim	não	não	sim	não	não	sim	não	não
Expectativas para o RN	ajudar a mãe	crescer com saúde	recuperação total	ter saúde	crescer com saúde	recuperação total	crescer com saúde	ter saúde	cuidar do bebê	crescer com saúde	crescer com saúde	desenvolver bem

Quadro 2. Características das doze mães entrevistadas no serviço de neonatologia do Hospital Materno Infantil (HUUFMA) durante o período de outubro/2007 a março/2008.

Quadro 2 - Características das doze mães entrevistadas no serviço de neonatologia do Hospital Materno-Infantil (HUUFMA) durante o período de outubro/2007 a março/2008.

Variáveis	RN1	RN2	RN3	RN4	RN5	RN6	RN7	RN8	RN9	RN10	RN11	RN12
DN	06/10/07	05/ 11/ 07	12/ 11/ 07	16/ 11/ 07	13/10/ 07	28/11/ 07	27/10/ 07	17/11/ 07	16/ 11/ 07	29/ 12/ 07	01/ 10/ 07	9/ 09/ 07
DA	22/ 01/08	08/ 12/ 07	17/12/ 07	27/12 / 07	13/12/ 07	20/12/ 07	28/11/ 07	18/ 01/ 08	24/12/ 07	21/ 01/ 08	22/ 11/ 07	20/10/07
DI Total	46	33	36	40	50	22	31	30	38	22	56	41
Dias UI	23	-	10	-	3	-	22	-	-	-	30	-
Dias UMB	-	20	5	18	23	14	3	20	16	15	3	22
IG- NBc	36,3	35,1	26,6	29	30,3	30,6	34	32,1	33,5	29,4	32	30,3
Apgar 1º e 5º min	6 / 8	9/ 10	6 / 9	4 / 8	7 / 9	9 / 9	7 / 9	3 / 6	6 / 8	9 / 10	8 / 9	9 / 9
Peso (g)	1250	1115	1234	850	1650	1760	1460	1120	1395	1600	1710	1660
Alimentação	Mista	SM	SM	SM	SM	SM	Mista	SM	SM	SM	Mista	SM
Intercorrência Clínica	Infeção Icterícia	Infeção RGE Icterícia	MH Infeção Icterícia	MH Sepse RGE ROP	MH PCA	MH RGE	Policitemia Hipoglice- mia Icterícia	MH Icterícia Infeção Hipoglice- mia	MH Icterícia Infecção RGE	MH Icterícia RGE	Sepse Enterocolite RGE ROP	MH Sepse RGE
USTF	Normal	Normal	HIC grau I	HIC-grau I	Normal	HIC-grau I	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

Sendo: RN – recém-nascido; DN - data de nascimento; DA - data da alta; DI - dias de internação; UI-unidade intermediária; UMB- unidade mãe-bebê;IG - idade gestacional em semanas; g - gramas; SM – seio materno; NBc. New Ballard; RGE - refluxo gastro-esofágico; MH - membrana hialina; ROP - retinopatia da prematuridade; PCA – persistência de canal arterial; USTF – ultra-sonografia transfontanela; HIC – hemorragia intra-craniana.

Quadro 3 - Características dos doze recém nascidos analisados no serviço de neonatologia do Hospital Materno-Infantil (HU – UFMA) durante o período de outubro/2007 a março/2008.

5.2 Ser mãe de bebê prematuro: “eu não queria ser mãe assim”

Durante as entrevistas com as mães, quando seus filhos encontravam-se na UTIN, falar sobre abandono de bebês não foi possível: como já foi citado. Nesse espaço, a prematuridade se impõe no mundo dessas mulheres, só restando a elas expressarem-se com choro, a dor, a culpa e o medo desse nascimento. Portanto, ficou bem evidente em suas falas o que é ser mãe de um bebê prematuro.

“Só serei mãe de verdade quando tiver com ela nos meus braços dando o peito [...]”. [Orquídea].

O nascimento de um filho prematuro mobiliza, nas mães e nas famílias, sentimentos de tristeza, pesar e descrenças em sua capacidade de gerar e cuidar dos filhos. Intensifica ou aflora sentimentos de culpa nas mães por desejos ou atos que possam ter favorecido ou não sua fantasia, possibilitando esse nascimento precoce (MORSCH; BRAGA, 2003). Nascimento este que se estabelece com dor, sofrimento e ameaça de morte.

O choro, a tristeza e o medo são os sentimentos maiores. Isso fica muito evidente nas entrevistas realizadas durante a internação do bebê na UTI. As falas são entrecortadas por silêncio, choro e lamentos como pode ser evidenciado no depoimento de Jasmim e Rosa:

“Foi muito triste e difícil aceitar tirar o bebê. Não era assim que eu queria né? Prematuro. Eu tenho medo. Ta sendo muito, muito difícil aceitar todo o sofrimento que ela tá passando. Tenho medo que não sobreviva. Eu não queria que fosse mãe assim. Mas Deus quis [...]” [Jasmim]

“Quando eu fui olhar [...] Não imaginava que era tão pequeno magrinho... Eu chorei mesmo, como até hoje eu choro quando eu vou lá” [Rosa]

As mães expressam, nessas falas, um fracasso na sua função materna. Como diz Druon (1990), uma profunda ferida narcísica se abre e se expõem. A imagem corporal do bebê expressa essa incompetência, que se manifesta pela culpa, tristeza e medo. Sentimentos de ambivalência em relação ao bebê e projeções nocivas são intensas, o que poderá dificultar o processo do apego, tendo como conseqüência dificuldades na interação entre a mãe e o bebê. Isso fica bem evidente com o afastamento que algumas mães fazem ao longo da prolongada internação que vivenciam essas crianças.

Todo esse turbilhão, de intensas emoções, se dá no espaço da UTIN, o lugar para onde são enviados os bebês que nascem prematuramente. Espaço este demarcado pelo medo e pela iminente ameaça de morte. Para essas mães, representa lugar de sofrimento, como refere Mathelin (1999), é um lugar de extremos, espaço de fortes emoções onde nada pode ser

previsto. É nesse ambiente que, inicialmente, essas mães vão desenvolver a sua maternagem, diferente de todos os outros lugares que possam ter sido idealizados para seu bebê.

“A UTI dá muito medo, é uma imagem muito forte, não gosto de estar ali [...]” [Girassol].

“[...] O nascimento prematuro foi um choque. Ver ele ali assim cheio de aparelho [...] Tenho medo [...] do que possa acontecer, né?” [Gardênia].

Sabe-se que todo nascimento é, por si, gerador de angústias com deslocamentos psíquicos profundos, quando esse nascimento acontece antes do tempo, como diz Druon (1990), uma tempestade psíquica acomete os pais. A mãe, como aquela que carrega o bebê em seu ventre, sente-se responsável por favorecer o crescimento do bebê, vive um grande **choque** com o nascimento prematuro, como expressou acima Gardênia. Pode-se observar corporalmente este **estado de choque**, durante a realização das entrevistas. Notava-se um distanciamento, uns olhares perdidos no além, algumas adquiriam postura fetal e as lágrimas faziam-se presente. Girassol fala com voz chorosa.

“É até possível ser mãe, mas não é a mesma coisa que carregar, dar de mamar, colocar para dormir [continua com voz de choro]. Dói [pausa e choro] Sinto falta, muita dela, de passar mais tempo com ela, se eu pudesse, eu que me internava junto com ela na UTI [chora e se enrola tronco sobre as pernas, quase em postura fetal]” [Girassol]

“É difícil de aceitar o sofrimento dela, tão pequeninha” [Rosa].

Ao que parece, não é fácil para as mães dos prematuros saírem desse estado de choque, pois estão enoveladas com emoções muito fortes, em um ambiente aterrorizador, estressante, cheio de pessoas desconhecidas, mas ao mesmo tempo, esse é um lugar de proteção para o bebê. Para sua sobrevivência faz-se necessário que os cuidados sejam feitos por profissionais qualificados, bem diferente do nascimento de bebê a termo, onde quem vai cuidar é mãe com ajuda possivelmente de sua família, dando continuidade às construções vinculares já iniciadas na vida intrauterina.

A fala de Girassol vem carregada dessa dificuldade em ser mãe, quando quem vai cuidar são os outros, ocorre uma interposição de cuidados entre a mãe e o bebê neste início. Todo o ambiente assustador de uma UTIN e todo corpo clínico ali disponibilizado para cuidar e intervir com o bebê prematuro, deixa a mãe no papel de expectante.

Essa mãe aponta para as situações aflitivas do nascimento prematuro, que é difícil para o bebê e também para os pais, os quais vão interromper o processo de construção do

bebê imaginário durante a gravidez e se deparar com o bebê real, pequeno, disforme, diferente do bebê por eles imaginado. Essa antecipação da chegada leva a uma quebra no processo de construção psíquica vivenciado pelos pais, requerendo, portanto, um tempo para que eles elaborem esse turbilhão de mudanças psíquicas que estão vivenciando nesse momento.

Com o bebê prematuro, que, ao nascer, segue direto para UTIN, pode-se observar o que Klaus, Kennell e Klaus (2000) e Brazelton (1988) mostram como as conseqüências psíquicas dessa separação precoce para os bebês. Para esses autores, essa separação quebra a ligação entre a mãe e o filho ou nem a constrói ou, em caso de se construir, há maior risco de ocorrer fragilizada. Talvez isso traga maior facilidade para serem abandonados ou sofrerem maus tratos.

“Serei mãe de verdade quando tiver com ela nos meus braços dando o peito, cuidando” [Orquídea]

“Acho que tem mãe que não quer nem olhar na cara do filho para não se apegar, filho da trabalho, perde noite de sono” [Petúnia]

Essa fala de Orquídea vem confirmar o que Girassol apontou, a dificuldade em ser mãe quando os cuidados estão executados por outras pessoas. Portanto, a maternidade é expressa nessa fala, como a forma de estar perto, cuidar, dar o seio, de favorecer uma impregnação; termo usado por Bowlby (1990) em seus trabalhos sobre apego. Só assim, é possível estabelecer uma ligação entre a mãe e o filho, ou melhor dizendo: uma mãe se faz na relação com seu filho.

Levando-se em consideração o campo teórico sobre a construção do apego na formação dos vínculos, que se vai dando, desde o planejamento da gravidez, realizar pré-natal, o nascimento, olhar o bebê, tocar, cuidar, pode-se pensar, a partir do colocado por esta mãe, que talvez exista uma grande dificuldade inicial entre o bebê prematuro e sua mãe.

Com relação à amamentação, constata-se pela prática que nos prematuros abaixo de 1500g, ou prematuro extremo, a amamentação só vai acontecer, dependendo das intercorrências clínicas, em torno de 20 dias pós nascimento. Caso se tomar como referência a fala de Orquídea, que se coloca no papel de mãe só a partir de amamentar seu bebê, esse atraso em amamentar pode favorecer o afastamento da mãe em relação a seu filho. Esse tempo entre o nascimento do bebê e a primeira sucção ao seio parece ser necessário, o que nos induz o pensar ser a amamentação um fator de proteção às crianças. Neste sentido, é interessante destacar os trabalhos de incentivo ao aleitamento materno a bebês de termos, realizados em alojamento conjunto em maternidades no Brasil e outros país como na Rússia e

na Tailândia cujos percentuais de abandono de bebês eram elevados, e a partir do incentivo ao aleitamento, foi observado uma redução nesses índices.

Silva (2000), com relação ao incentivo ao aleitamento materno aos prematuros, reforça que se os estímulos são iniciados nas UTIN, vai possibilitar uma maior precocidade no sugar o seio, o que vai depender da idade gestacional do bebê e do peso do prematuro permitindo uma maior frequência de aleitamento materno exclusivo na alta.

A fala da mãe Petúnia, que identifica o olhar como sinal de ligação entre a mãe e o filho, vem confirmar o que os estudos da neurocientista Busnel, Soussumi e Cunha (2002) mostram, desde a vida intrauterina essa impregnação da mãe pelo seu bebê já se inicia, ocorrendo pela sensorialidade, e se intensifica após o nascimento (cheiro, voz, toque, o olhar, paladar). A função materna vai se efetivando pelos cuidados dispensados ao bebê, a partir dessa troca de estímulos sensoriais entre a mãe e o seu filho. No prematuro, esse processo de impregnação é interrompido e vai se estabelecendo com outros estímulos próprios do ambiente hospitalar.

Podem-se destacar, ainda dentro do que vêm sendo discutido, as dificuldades enfrentadas pelas mães dos bebês prematuros, o que Winnicott (2001) chama de adoecimento materno. Ele chamou esse funcionamento especial da mulher de *Preocupação materna primária*, que geralmente se inicia no final da gravidez, propaga-se nos primeiros meses de vida do bebê. Esse termo define a capacidade que algumas mães apresentam de identificar-se com o bebê e assim se colocarem no lugar dele, satisfazendo suas necessidades. Elas captariam os sinais emitidos pelo bebê, seriam capazes de decodificá-los e interpretá-los com uma eficácia extrema. A princípio, trata-se de necessidades corporais que, gradualmente, com o desenvolvimento, vão-se transformando em necessidade de EGO.

No bebê prematuro, a mãe não vai ter tempo gestacional ou mesmo psíquico para este processo de identificação. O bebê real se antecipa e se impõe pelo corpo fragilizado e esteticamente ameaçador, sendo necessário um tempo para que esse processo aconteça. Esse espaço de cuidados e de identificação das necessidades do bebê é preenchido pelos aparelhos e equipe da UTIN, ficando, portanto, o bebê, os aparelhos e a equipe. Os sinais emitidos, pelo bebê, de suas necessidades são captados por esta equipe, e não pela mãe, já que se trata de exigências deferentes daquelas que podem ser supridas pela maternagem.

Agman, Druon e Frichet (1999), falam que a mãe do prematuro, quando o mesmo se encontra na UTIN, impedida de estabelecer a preocupação materna primária, vai desenvolver um estado de *preocupação médico primária*. A autora identifica essa preocupação quando a mãe passa utilizar termos médicos para falar do seu bebê e conhecê-lo.

Morsch e Braga (2007), ao endossar esse conceito, frisam que a mãe não está deixando de exercer a maternagem, mas sim buscando uma forma de entender o funcionamento do seu filho; poder interagir com sua criança, nessa fase de gravidade clínica.

“Os bebês são tão pequenos, tão assim [...] Tinha até medo de machucar [...]” [Érica].

Essa fala traz o corpo do prematuro como favorável ao distanciamento, ao medo à insegurança, o que vai corroborar com a idéia de afastamento, e não de uma ligação.

Pode-se inferir, a partir desta fala de Érica e associando os relatos da equipe observados durante sua permanência na UMB, que “o tão assim” esteja representando algo frágil, o medo de que pudesse fazer mal ao bebê. Talvez fosse tudo isso, que a impedia de colocar o bebê no colo e fazer posição canguru. Isso confirma a necessidade de profissionais facilitadores desse processo de ligação mãe-bebê, viabilizando, assim, condições para construções vinculares.

A partir das falas das mães que participaram do estudo pôde-se compreender que, no período da hospitalização do bebê no alto risco-UTIN, a intenção de abandono está representada no tempo presente, no aqui e agora na vivência da incerteza, do medo da morte, da culpa por situações que podem estar ligadas a essa mãe, como responsável pelo sofrimento. Ser mãe de prematuro representa, portanto, incrementos de sentimentos de ambivalência, levando a um tempo de sofrimento. Essas representações são especialmente importantes quando se leva em conta o grande risco de abandono de bebês entre mães de prematuros diante da fragilidade psíquica que vivenciam.

5.3 Representações sobre o abandono

“Amar é cuidar, se não pode cuidar é melhor dar para outra [...]” [Orquídea].

Ao apresentar os resultados desta pesquisa sobre abandono de bebês, expor-se-ão, inicialmente, o conceito e os tipos de abandono segundo as mães entrevistadas e em seguida apresentar-se-ão as categorias empíricas encontradas sob a forma de representações sociais.

5.3.1 O Abandono segundo as mães entrevistadas

Com o intuito de conhecer os significados de abandono infantil, para as mães de bebês prematuros, foi-se ao local onde a prematuridade está mais presente, ou seja: na UTIN. Durante as entrevistas, percebeu-se, logo de início, que o tema abandono não era falado

espontaneamente e percebeu-se a impossibilidade de introduzi-lo, naquela fase da interação. Diante dessa dificuldade, essa primeira entrevista foi utilizada para uma maior aproximação e o tema foi explorado após a alta no grupo focal.

Ao falar sobre as experiências de outras mulheres, de reportagens de televisão, as suas próprias histórias se manifestavam. No decorrer das conversas no grupo, as histórias pessoais foram aparecendo e foi possível construir conexões com os dados já coletados nas primeiras entrevistas e nos questionários.

A história da vida de Érica evidencia situações que podem estar vinculadas com o descuido, com a falta de amor e de carinho, ou seja, de um *holding* materno e ambiental mal desenvolvido. Ao falar de abandono ela disse:

“É não dar amor, carinho, cuidados isso é abandono para mim.” [Érica]

Talvez, ao falar de abandono, ela esteja falando de fatos conhecidos da sua vida: do ambiente onde foi criada, da ausência do pai que não conheceu, de sua mãe envolver-se com outros companheiros para poder prover o sustento da casa. Aqui se pode pensar, a partir do que coloca Winnicott (1967), quando fala de *holding* que representa os primeiros cuidados maternos e o ambiente facilitador para que esses cuidados se desenvolvam. Para ele, uma falha muito precoce no ambiente, pode trazer prejuízos no desenvolvimento psíquico e também na capacidade de vinculação.

Quando esse autor desenvolve sua teoria, fala de uma dependência absoluta que ocorre nesse início e nesse ambiente facilitador e acolhedor, em que a mãe, tendo suas necessidades básicas satisfeitas pelo pai, pode se ocupar do bebê, amamentar, trocar suas vestes e todos os cuidados que a mãe vai dispensando de dia e de noite. Vai havendo uma junção entre corpo e a psiquê do bebê, levando ao que o autor chama de integração. Essa junção, a integração das experiências (motoras e sensoriais), é que vai favorecer a construção dos conteúdos psíquicos da criança, a construção do Eu Sou. Vai dar substrato para formação dos processos simbólicos em outra fase do desenvolvimento do lactente. Nessa fase, está a raiz dos sonhos e das relações humanas.

Esta mãe refere que não tem lembranças de brincadeiras da infância; essa fase da sua vida foi monótona, sem graça. Aprendeu os cuidados com o corpo adolescente com sua irmã três anos mais velha que ela. Nessa família, as crianças mais velhas cuidavam das mais novas, mostrando, com isso, que as experiências de aprendizado se davam entre as próprias crianças, o adulto de referência estava pouco presente. Observou-se, portanto, que nessa família há um desvio de função, uma criança modelava outra criança, enquanto o adulto, que

deveria estar nesta função de base segura, e de modelagem de acordo com a teoria do apego seguro (BOWLBY, 1997), encontrava-se ausente no papel de prover.

Érica é uma adolescente e seu companheiro, pai do seu bebê, é dez anos mais velho. Ele esteve sempre presente e próximo a ela e à criança, durante todo o período da internação. Pode-se pensar que Érica buscou proteção, segurança, que parece não ter encontrado nos adultos do seu mundo familiar.

Durante a realização dos grupos, as falas foram trazendo os diversos tipos de abandono, também relatados na literatura. A fala dessa mãe é bem clara, ao se referir à doação como saída para o abandono.

“Amar é cuidar, se não pode cuidar é melhor dar para outra [...]” [Orquídea].

Orquídea definiu amar como cuidar e, na impossibilidade desse ato, mostra a doação como saída. Existem poucos trabalhos que tentam averiguar por que algumas mães não conseguem cuidar de seu filho. Os trabalhos existentes (FRESTON; FRESTON, 1994; WEBER, 1994; BRADLEY, 2003; MOTTA, 2005) sugerem que a causa pode ser multifatorial. De acordo com Freston e Freston (1994), a maioria das doações é ocasionada pela conjugação de fatores econômicos e fatores familiares. Quando só existe um dos fatores, de acordo com a autora, a doação não acontece.

“A outra” é um termo usado por Orquídea para representar uma mulher com desejos de maternagem, aquela que irá adotar. É interessante falar-se sobre gestar e maternar e fazer-se uma diferença entre essas duas ações. O gestar ocorre com toda mulher cujas condições fisiológicas estejam adequadas para a reprodução da espécie. Já a maternagem é de outra ordem; são condições que passam pelo desejo, o desejo de cuidar, de exercer a função materna. São condições psíquicas (BYDŁOWSKI, 2002).

“Já que ela não queria a criança, já que ela engravidou e não queria criar... que desse a criança para quem quisesse criar” [Rosa]

“Às vezes os pais não aceitam, e a mãe sendo novinha tem que dar o filho, não tem como criar” [Gardênia]

Dentro dessa prática de adoção à brasileira, Marin (1994) nos coloca que, às vezes, o que poderia ser um fator de proteção para criança, pode tornar-se um problema tanto para a família quanto para a criança, já que elas ocorrem longe dos profissionais de suporte e, por vezes, envolvidas em segredo. Nesses casos, pode a adoção estar servindo para preencher carências dos pais ou porque não conseguem ter filho, ou pela morte desses, ficando, portanto, o adotado com um ônus a cumprir. A autora sugere que um trabalho de orientação e

sensibilização junto aos casais que queiram adotar seja realizado, pois a mesma é categórica, e só boa vontade não garante um bom desenvolvimento.

Cyrulnik (2005), considera que por mais terrível que tenha sido o trauma vivido pela criança, ela pode se recuperar, dependendo do apoio recebido após a experiência traumática. Os estímulos sensoriais no início da vida são primordiais para construção de vínculos seguro. Portanto, o autor reforça que a adoção, quando bem conduzida, constitui-se um fator de proteção a essas crianças.

“Pior abandono para mim é estar dentro de casa e não cuidar.” [Petúnia]

A partir do que Petúnia conseguiu colocar, o significado de abandono, para ela, vai ao encontro daquilo que a literatura refere como maus tratos. Pode-se citar Minayo (2006), que define maus tratos como uma das expressões de atos violentos, em que a falta de carinho e de amor, citados por estas mães, estaria categorizada como maus tratos psicológicos.

Outra categoria de violência aparece quando as mães querem referir-se ao abandono. Expressam o abandono como a falta de cuidados, o que está bem categorizado como uma negligência. De acordo com autora citada acima, abandono é uma negligência extrema, é uma falta ou recusa de cuidados a ser dado a alguém, por outro que esteja imbuído disto.

Esse tipo de violência tem um caráter de perenidade e se apresenta de forma sutil, natural e socialmente aceito como um comportamento normal. Porém, o extremo de uma negligência, que é o abandono, este é socialmente rejeitado.

Para Farias (2005), geralmente a negligência ocorre precocemente e na intimidade da família, com os pais e, só na relação precoce dos pais com seu bebê que se pode ter a compreensão sobre as origens da violência contra suas crianças.

“É melhor dar para outro cuidar que jogar no lixo, esgoto [...]” [Petúnia]

Na fala acima, pode-se identificar uma outra forma de abandono descrito na literatura. Quando a criança é deixada completamente sem proteção, podendo ser jogada no lixo, nos jardins e esgotos, tal forma de abandonar é chamada de abandono selvagem, já citado no referencial teórico.

Petúnia, ao falar do abandono selvagem, mais uma vez sugeriu a adoção como uma possibilidade de proteção. No entanto, ao se olhar para sua história no período gestacional e seu comportamento durante a internação do bebê, observou-se a existência de fatores de risco para um possível abandono. Ela não realizou consultas durante a gravidez e fez tentativas de aborto; no período de internação do bebê fazia visitas esporádicas, o que mobilizou a equipe a fazer visita domiciliar em busca de compreender tal comportamento. Foi

encontrada em casa nos afazeres com os outros filhos, relatando não contar com apoio de familiares de que pudesse lançar mão, para poder cuidar do filho internado.

5.3.2 Mãe abandonante, mãe abandonada

Durante as entrevistas realizadas com as mães, quando se buscou conhecer suas histórias da infância e vida familiar, uma importante categoria que emergiu das falas foi o abandono que algumas dessas mães vivenciaram, ao longo de sua trajetória, e o significado disso nas suas vidas. Isto permitiu inferir que a mãe que abandona o seu bebê, possa ter vivenciado situações de abandono.

As mulheres que renunciam a seu bebê, na sociedade atual, são consideradas desnaturadas, sem sentimentos, são julgadas pelos meios de comunicação sem que se tenha um aprofundamento das reais causas de tal comportamento. A literatura a respeito dessas mulheres é escassa (BONNET, 1993; FRESTON; FRESTON, 1994; MOTTA, 2005). Conhecê-las não é a melhor opção, ignorá-las parece ser uma boa alternativa para um não comprometer-se, ou, quem sabe, não desconstruir mitos do instinto do amor materno parafraseando Badinter (2004). Elas ficam categorizadas no senso comum como mães más e desumanas.

Ao se criar um espaço para falar sobre o assunto, deparou-se com motivos para tal ato, que vão além das condições econômicas, justificativa apontada em algumas pesquisas (FRESTON; FRESTON, 1994). Suas falas trazem uma pluralidade de fatores, alguns semelhantes ao publicado na literatura mundial, tais como adoção intrafamiliar, famílias matriarcais, pais abandonantes, mulheres que assumem sozinhas os cuidados e a manutenção econômica dos filhos. Pode-se perceber que todos esses fatores assemelham-se por envolver formas diferentes de abandono, que, nesta pesquisa, apareceram como o abandono familiar, o social e abandono pelo companheiro que descreveremos a seguir.

5.3.2.1 *O abandono familiar / social*

A quebra de vínculos entre os membros de uma família é categorizada nesta pesquisa como abandono familiar. De acordo com vários autores, dentre eles; Bowlby (2003), Becker (2008), Vicente (2008), toda criança nasce em um grupo familiar pertencente a uma cultura e, para se desenvolver adequadamente, é necessário que os vínculos desse grupo familiar estejam fortalecidos por uma rede de afeto e proteção. Quando isso não acontece, a

criança pode estar sendo colocada em situação de risco. A ruptura dos vínculos, quando precoce, torna-se marcante para o indivíduo, trazendo seqüelas comprometedoras para sua vida. (LEE; MATARAZZO, 2001).

O abandono familiar foi identificado nas falas das mães entrevistadas quando falavam de sua infância e adolescência como nos fragmentos citados abaixo. Observou-se, durante as entrevistas, que esta situação de fragilidade de vínculos familiar estava muito interligada com questões econômicas e sociais. Diversos autores, entre eles Freston e Freston (1994), enfocaram essas questões, quando realizaram trabalhos em maternidades com mães que doaram seus bebês.

“Meu pai nos abandonou quando nós éramos crianças. Minha mãe cuidou da gente sozinha, tinha que trabalhar na roça e cuidar dos sete filhos. A gente era muito pobre a sorte foi o pai e a mãe dela que ajudou [...]” [Orquídea].

Neder (2008) chama atenção para que não seja pontuada tão somente a pobreza, como determinante nas dificuldades de manutenção dos vínculos familiares. Outros fatores podem estar presentes, é o que parece colocar Violeta ao falar do abandono por sua mãe.

“Minha mãe foi embora com outro homem, eu e minha irmã ficamos com meu pai. A outra irmã e o menino foram morar com minha avó, a mãe dela. Fiquei triste, não sinto falta não, tenho meu pai [...]” [Violeta].

O abandono colocado por essas duas mães retrata o de várias outras. Nos seus relatos, identifica-se, bem evidente, a fragilidade familiar em decorrência da quebra de vínculos. Observa-se uma conexão estreita da pobreza em que estas famílias estão inseridas e o abandono. No Brasil, a ação das Políticas Públicas voltadas para as questões sociais e familiares se faz de forma fragmentada, o que permite que grande parte das famílias, embora tenham a segurança prevista em lei (que as protege), não conseguem estabelecer-se enquanto lugar de proteção e desenvolvimento para seus membros.

Lemos (2007), ao focar a exclusão, fala das questões estruturais relacionados ao modelo de desenvolvimento que privilegia a concentração de riqueza e que são determinadas, em grande parte, por políticas de ajustes internacionalmente impostas que acarretam significativos cortes orçamentários na área social.

De acordo com Lemos (2007), as ações de enfrentamento à pobreza são marcadas pelo assistencialismo e clientelismo, tendo como consequências o enfraquecimento dos laços vinculares familiares, gerando pais sem emprego (muitas vezes tendo o álcool como fuga), o abandono da família, processo migratório, crianças nas ruas, ingresso precoce no mercado de trabalho e o abandono escolar. As mães entrevistadas trazem em suas histórias experiências

de várias perdas, muitas destas, bastante significativas, o que permitiu inferir a existência de sequelas psíquicas e emocionais que podem dificultar os laços vinculares com o filho.

“Meu pai quando bebia fazia coisas [...] Quebrava tudo dentro de casa, brigava com minha mãe, batia nela, até que foi embora e abandonou a gente [...]” [Margarida].

“Eu queria muito ter um filho criar ele bem direitinho, sabe? Essas coisas de mãe; poder cuidar, levar pra escola. Eu não tive essas coisas eu morava com minha tia, pra ajudar. Era muitos filhos minha família era muito pobre. Só voltei pra casa de minha mãe com doze anos” [Jasmim].

Observou-se durante esta pesquisa que o abandono das famílias por um dos genitores é bem frequente nas falas, assim como doar os filhos para familiares. Denomina-se de adoção intrafamiliar aqueles casos em que há uma doação sem passar pelos processos legais, o que a literatura nomeia de adoção à brasileira, sendo ainda muito frequente essa forma de adoção (LEE; LI; KWONG, 2006).

O abandono como comportamento humano traz várias conseqüências para os que passam por tal experiência. No entanto, como diz Becker (2008, p. 27): “Se abandono existe, não se trata de crianças abandonadas por seus pais, mas de famílias abandonadas pelas Políticas Públicas e pela sociedade”. A autora alerta que abandono e pobreza, embora estejam muito próximos, não são a mesma coisa, de forma que se deve estar atento às questões vinculares familiar. O abandono traz a ruptura dos vínculos e, na situação de pobreza, eles podem estar fragilizados (LABIT et al., 2006).

Em algumas situações, verifica-se que as crianças parecem colocar-se em uma situação de risco numa tentativa de manter esses vínculos familiares. Como se observa na fala abaixo, na qual a mãe que havia abandonado os filhos retorna para casa para cuidar da filha adolescente grávida.

“Ficou eu e minha irmã, meu pai teve que ir trabalhar for por causa do emprego dele, aí quando eu engravidei minha mãe voltou para cuidar de mim. Eu passava muito mal, fiquei doente [...]” [Violeta].

Ao reportar-se às questões dos laços vinculares, a literatura os trata como construtores psíquicos de importância imprescindíveis. No entanto, quando a perda ou ruptura desses laços se dá de forma profunda e precoce, há prejuízos na capacidade de formar laços futuros, como já foi referido mais detalhadamente. Pode-se interrogar se essa quebra de vínculos não está sendo passada, ao longo das gerações, em uma repetição transgeracional.

“Um sentimento de rejeição, de querer abandonar quando nascesse e que ninguém descobrisse pra que eu pudesse fazer isso, abandonar. Ou então doar pra alguém que cuidasse bem com amor. Minha família adotou várias crianças, eu mesmo foi criada por minha avó até os doze anos, quando minha mãe melhorou de vida e fui morar com ela. [...] Minha mãe foi adotada, minha avó criou sete filhos, todos adotado. Ela gostava muito de criar filhos” [Lírio].

Como se podem observar, pelo genograma familiar de Lírio, os vários casos de adoção em sua família, que está expresso na fala acima. Sua mãe foi adotada pela avó, ela própria foi criada pela avó até a idade de doze anos. Sua segunda filha é adotada. Durante esta gravidez, viveu sempre com um desejo de doar seu bebê prematuro para alguém que cuidasse com amor. Talvez ela esteja falando dessa dificuldade em dedicar cuidados a esse bebê. O que chamava atenção da equipe, durante sua internação, era a dificuldade em colocar a criança no colo, amamentar; chegando a dizer que suas mãos estavam impossibilitadas de fazer isso; alegando dores articulares.

Weber e Kossobudzki (1999) fazem uma reflexão da gravidade social da questão do abandono, pois esses sofrimentos psíquicos emocionais podem ser ampliados, passando a ter uma dimensão política, pois uma criança, ao nascer numa sociedade bastante desigual, vai necessitar de proteção do Estado para que esses laços se fortaleçam e a protejam. Essa autora questiona se a organização psíquica de uma mãe é abalada, quando não vê perspectivas em melhorar de vida, quando a todo o momento recebe mensagens sociais de que não tem como sair do estado de miséria em que está inserida. Resta-lhe, portanto, somente a perpetuação de um ciclo cruel: o abandonado x abandona.

5.3.2.2 Abandono pelo companheiro

Durante a análise das falas, ficou muito evidente a importância do suporte do companheiro para que ocorra o enlace das mulheres com seu bebê. As entrevistadas ressaltaram a figura paterna e sua implicação no processo do abandono do bebê.

É importante destacar que, para a maioria dessas mulheres, a figura paterna é quem dá o nome ao filho. Nominar um bebê, significa reconhecê-lo como sujeito. Em algumas situações encontradas, o recém-nascido permanecia sem nome, aguardando um pai ausente, sugerindo que a significação do bebê é facilitada pela função paterna. A mãe de um filho prematuro, fragilizada, muitas vezes desamparada, manifesta a necessidade de suporte especialmente do pai do bebê.

“Ele já tem nome, o pai quem botou, ele queria um menino, eu nem sei direito o nome. Pai é quem bota nome [...]” [Violeta].

“Ele já tem nome, é nome do tio do meu marido, quem nos ajudou muito com o primeiro filho, é uma homenagem. O pai quis esse nome [...]” [Gardênia].

O que é dito acima expressa e assegura o lugar do pai, tão defendido por Lacan (1990) em seus estudos psicanalíticos. Não necessariamente o pai biológico, mas quem exerce a função. Pode ser aquele que transmite um nome, um patrimônio, um pai que exerce a função de representante da lei básica e primeiro realiza a interdição na relação simbiótica da mãe com bebê. Processo este essencial para que todo ser possa humanizar-se e, através da linguagem, tornar-se sujeito (ARAÚJO, 2008).

Embora a função paterna possa ser desenvolvida por outra pessoa, as mulheres entrevistadas fazem referência à figura masculina do companheiro, pai biológico do seu filho.

“É difícil cuidar sem o pai do bebê do lado, fica muito difícil [...]” [Petúnia].

“Quando o pai não quer assumir a criança, a mãe pode abandonar, pois fica muito difícil [...]” [Erica].

“Quando o companheiro assume, a mãe não precisa tirar o bebê” [Orquídea].

Os atributos ao pai vão aparecendo durante as falas como favorecedores da maternagem. Stern (1997), quando trata da Constelação da Maternidade, fenômeno vivenciado por mulheres gestantes e puérparas nas sociedades ocidentais pós-industriais, mostra a matriz de apoio como um dos pilares dessa constelação. Segundo o autor, a mulher ao se sentir mãe, sofre uma reelaboração do seu self, em todas as instâncias, seu lugar na sociedade, seu lugar na família e ela com ela mesmo. Isso vai se dando ao longo da gravidez, essa reelaboração vai ocorrendo, a partir de quatro temas que as preocupam e permeiam seus pensamentos.

O primeiro tema está voltado para a preocupação maior da vida e crescimento, se será capaz de favorecer essas duas condições ao bebê.

O segundo está relacionado com a sua capacidade de envolver-se com o bebê, se será capaz de amá-lo, de promover seu desenvolvimento psicoafetivo.

O terceiro é de matriz de apoio; a função dessa matriz é a proteção física da mãe, das suas necessidades básicas e, permitir por certo tempo, afastá-la das exigências da realidade externa, permitindo dedicar-se ao bebê, assim como a função psicológica, de valorização, ajuda e acompanhamento. Afirma que, sem esse apoio, a maternidade fica prejudicada.

O quarto tema diz respeito à necessidade que tem a mãe de transformar e de organizar sua autoidentidade. O foco, ao trazê-lo para discussão, está relacionado ao terceiro tema, a matriz de apoio viabilizada pelo pai.

Durante as entrevistas, observou-se que algumas dessas mulheres são as feitoras das tarefas domiciliares, como lavar, cozinhar, cuidar dos outros filhos e, às vezes, na grande maioria, prover economicamente a família. Isto ficou bem evidente quando, ao se entrevistar uma das mães que o motivo alegado para não estar reinternada com o bebê era falta de apoio familiar, ou seja, com quem deixar os outros filhos. Quem faria suas tarefas? Fica claro que, junto às mães de classe social menos favorecida, essa proteção física sugerida por Stern é prejudicada.

“Pra mãe sozinha, mãe solteira, como no meu caso, é difícil. A gente não tem tanta condição econômica [Pausa. Choro do bebê]. Isso tudo gera muita dúvida... Deixa a gente com dúvida: Será que eu vou conseguir? Será que eu vou dar conta? Será que eu vou poder dar um sustento pro meu filho? Por isso tud, eu também ficava mais ansiosa. Me estressei muito sem o pai do lado para dar apoio, ajudar no que precisar [...]” [Girassol].

As falas das mães vêm confirmar a necessidade da matriz de apoio, identificada por Stern, no desenvolvimento da parentalidade. Este é definido como o conjunto de remanejamentos psíquicos e afetivos necessários que os pais utilizam ao se tornarem pai ou mãe, o sentir-se competente nos cuidados com o bebê. Lebovic (1999), que também estuda a parentalidade, diz que o pai precisa ser valorizado nas suas funções paternas e que elas estarão carregadas com suas questões psíquicas e afetivas, e vão levar a uma modificação do lugar que ele ocupa no seio familiar, a sua identificação enquanto pai.

O olhar voltado para os pais, nesse estudo, surgiu a partir da verificação, nas entrevistas, do quanto essa figura do companheiro era relevante às mães. Observou-se, enquanto se trabalhou no setor da UMB, que, quando os pais estavam presentes, favoreciam a mãe, transmitindo-lhes mais tranquilidade, além de ajudar, fazendo canguru e participando dos cuidados.

Coutinho e Morsch (2006) relatam que pais de bebês prematuros e bebês a termo, quando acompanham a gestação de sua companheira, no momento do nascimento prematuro, vivenciam um estranhamento, um desassossego. Passam a ser exigidos física e psiquicamente, devido ao acúmulo de funções e tarefas que recaem sobre eles nesse momento tais como: acompanhar o bebê até o UTIN, conversar com a equipe da neonatologia, cuidar da companheira enquanto ela se recupera, assumir os cuidados da casa e de outros filhos. Foi observado, no entanto, que eles se encontram mais positivamente envolvidos com o bebê que

suas companheiras, nesses primeiros momentos na UTIN. Isso ocorre em função de um comportamento chamado de engrossment.

Klaus, Kennel e Klaus definem esse comportamento engrossment, como uma poderosa emoção que os pais, com freqüência, sentem em relação ao filhos recém nascidos, que os levam a se absorverem nos cuidados com o bebê. Essa experiência de paternidade dá uma sensação de euforia, aumentando sentimento auto-estima.

“Ele ficou alegre, o que ele mais queria era um filho. Quando o neném veio para cá, quase todo dia ele vem, não veio ainda porque tem que trabalhar” [Erica].

“Ele gostou muito, desde o começo. Ele ficou muito feliz quando eu disse que eu tava grávida e eu disse que tava com loucura na cabeça, que queria tirar, mas ele não deixou. Ele é bem positivo” [Margarida].

Como se apontou acima, questões ligadas à história familiar desses pais podem ser geradoras de conflitos e podem interferir para sua aceitação em tornar-se pai. Ele tende a assumir esse papel tal qual seu pai o fez e transmitir o seu nome, introduzir o filho em uma linhagem. Quando a identificação não foi bem estabelecida, pode haver dificuldades em exercer esta função, pois a mesma; só se estabelece na relação com o filho. Se esta não é possível, pode ter conseqüências sérias como o abandono da mãe, e do bebê.

Provavelmente, para alguns homens, por trás do comportamento diante da mãe e do bebê, existem marcas psíquicas que vão dificultar exercer a função paterna, como se interpreta na fala de Lírio.

“Quando eu disse que tava grávida ele queria que eu tirasse, é sempre assim, né? Disse que não tava pronto para ser pai. Aí me abandonou, já namorávamos um ano e sete meses” [Lírio]

De acordo com Gauthier (1999), os laços afetivos são transmitidos de uma geração para outra. O autor afirma que a capacidade de ocupar-se e cuidar dos filhos está relacionada ao modo como os pais foram cuidados e ao meio social e à época em que estão inseridos, existindo uma transgeracionalidade de comportamento. É o que se constata ao se reportar à fala de Margarida, a qual, ao se referir a seu companheiro, relata que o mesmo vive com sua família, a saber, o pai, a mãe e três outros irmãos. Sugere-se que possa ter tido um ambiente familiar favorável à construção de vínculos e à parentalidade, o que o coloca na condição de um cuidador desta mulher e desta filha.

Ainda de acordo com Gauthier (1999), a parentalidade é construída. Para isto, é necessária a adoção do filho, mesmo o biológico para que esta se estabeleça. Ser pai não é apenas doação de espermatozóides, significa fazer uma escolha; a criança precisa fazer parte

do seu desejo. A construção da parentalidade vai favorecer o exercício da função paterna, que é um fato cultural e não um fato biológico.

“Ele sempre disse que quer criar a filha dele. Fica a tarde todinha, só vai porque eu mando ir embora, porque senão [...]” [Margarida].

“A família dele tem me dado apoio, eles tem vindo me visitar.” [Margarida].

Trurler (2006), enfoca as questões culturais tais como o patriarcalismo para justificar o abandono afetivo das crianças pelo pai nos primeiros anos de vida, ficando este com a função de prover economicamente a família. Os cuidados afetivos ficam exclusivamente com as mães. Também é frequente que fique com essas mulheres, além dos cuidados afetivos, a função do prover, o que gera o abandono afetivo e econômico por parte dos pais.

“É muito difícil ser mãe solteira, sozinha sem o pai para ajudar, ele queria que eu abortasse [...] Ele dizia que não estava preparado para ser pai, nunca mais me procurou” [Lírio].

“A mãe também abandona mais por causa do pai, porque às vezes tem pai que diz ‘eu não quero essa criança, eu não vou assumir, eu não sei se o filho é meu’ [Rosa].

Os homens que negam a participação biológica, o afetivo e o econômico, assim como o reconhecimento jurídico, são chamados “pais desertores,” segundo Trurler (2006). Esse comportamento vai gerar uma legião de filhos sem pais, só com o nome materno, criando o que a autora chama “legião da sociedade sem pais,” endossando o fim da autoridade paterna, o guardião da lei, o representante simbólico. Para essa autora, essa forma de uma sociedade se organizar só reforça a era patriarcal, somente promove uma reconfiguração, dando-lhe uma outra roupagem e gerando uma sociedade mais fragilizada.

Pereira (2000) reforça esse pensamento e complementa que toda a estrutura do Direito para averiguação da paternidade está assentada pelos laços biológicos da paternidade, o que ficou facilitado pelo exame do DNA. Porém, crê como sendo mais grave o abandono psíquico e afetivo. Neste, o Direito não tem como intervir, e afirma que a ausência do pai é desestruturante, tornando-se hoje um fenômeno social alarmante, o que talvez esteja colaborando para o aumento da delinquência juvenil. É interessante ler na íntegra:

O abandono material deixado pela ausência do pai é perfeitamente coberto pelo Direito que impõe sanções e punições para tal falta. Está contido como crime, no código Penal nos art.244 / 246, nas leis civis estabelece penas de penhora e prisão quando não paga a pensão alimentícia (PEREIRA, 2000, p. 71).

A fala de Rosa mostra alguns dos entraves usados por alguns homens para não assumirem sua participação em uma gravidez. Pereira (2000) faz referência à lei que dá proteção aos bens materiais, mas lembra que essas mulheres estão inseridas em um contexto social, onde buscar apoio jurídico, fica distante e as questões psíquicas (que a própria gravidez fez aflorar nesse momento) as coloca no lugar de abandono, de desproteção, podendo levar a atos extremos como abandono do filho.

Constatou-se, portanto, que o medo expresso, a ansiedade vivenciada pelas mulheres entrevistadas, ao se depararem com uma gravidez não compartilhada pelo parceiro, leva ao desespero e a comportamentos negligentes o que, como é dito por elas, pode levar ao extremo desse ato, que é o abandono. Resta a essas mulheres responder jurídica e socialmente pelo comportamento adotado, arcando com a exposição na mídia que lhes impõe severos julgamentos. Ao parceiro da criação, fica o anonimato, a condescendência.

5.3.3 O cuidado como obrigação materna: “mãe que não cuida é má”

As mulheres entrevistadas trouxeram a idéia de que os cuidados com os bebês são exclusividades maternas, mostrando o arraigamento do pensamento de uma cultura machista, ainda bastante presente em pleno século XXI. A tarefa de cuidar é tida como especificidade da mulher, e aquelas que não aderem a estas atividades são consideradas anormais, Badinter (2004). Essa mesma autora diz ainda que a construção dos papéis de pai, mãe e filho, relacionam-se com as necessidades e os valores dominantes de uma sociedade, não estando ligada, necessariamente, a questões de gênero. Portanto, o cuidar é uma atitude humana, de acordo com Boff (2000, p. 31): “é mais que um ato é uma atitude que envolve ocupação, preocupação e envolvimento afetivo e faz parte da natureza humana para sua sobrevivência”. Pensamento induzido por Heidegger (apud BOFF, 2000, p. 31) sobre o cuidar: “cuidado significa um fenômeno ontogenético – existencial básico para o humano”. Nesse ponto, leia-se os depoimentos abaixo:

“Quem tem que cuidar é a mãe...” [Petúnia].

“Independente da situação financeira, vaidade, mãe não pode abandonar um filho, é ela que tem que cuidar [...]” [Orquídea].

“Abandonar, Deus me livre! Eu que sou a mãe é que tenho que cuidar” [Orquídea].

O ser humano é formado por uma dualidade: o feminino e o masculino. No entanto, ao longo da história, este se sobrepôs àquele. Nesse sentido, Boff (2000) tenta

explicar que a dominação masculina nas relações abriu espaço para o antropocentrismo, o patriarcalismo e o machismo, de forma tal que o cuidado passou a ser restringido somente ao feminino das práticas humanas.

Observou-se nas falas das mães entrevistadas que o cuidar é representado como uma tarefa feminina, reforçando o pensamento machista ainda hoje muito presente na sociedade ocidental, especialmente instalado nas classes menos favorecidas e no meio social da qual fazem parte. Essas mulheres são de famílias de baixa renda, nas quais a organização se faz com a mulher no papel de educar, prover, socializar e cuidar dos filhos; os homens, quando presentes, assumem apenas o papel de provedor (FULMER, 1995).

Embora as falas trazem aquilo que é esperado pela sociedade, as atitudes durante a internação, observadas e relatadas no diário de campo, são ambivalentes. Aquelas que expressavam que o cuidado do filho é obrigação exclusiva da mãe tiveram um comportamento ausente, com dificuldade de executar as tarefas básicas relativas aos cuidados com seu bebê, deixando-o para equipe de profissionais. Pode-se atribuir a essas falas uma culpa, já que o grupo social no qual estão inseridas, cobra-se das mães o cuidar como atributo feminino. Dessa forma, reforçam o mito da boa mãe, que é o esperado enquanto papel da mulher, e aquelas que se negam a corresponder ao estabelecido são jogadas na categoria de má, ruim, sem que se faça uma contextualização do ato.

“Mãe que faz isso é ruim, abandonar um filho! Jogar no esgoto [...]” [Petúnia].

A fala de Petúnia endossa o dito por Campbell e Moyeurs (1990), que, ao tratar dos mitos, os dá um sentido para a vida, como estruturante para as sociedades que o constroem, é passado de geração a geração porque a mensagem que eles transmitem é considerada fundamental para a sobrevivência do grupo que o construiu. Talvez se possa deduzir que seja necessária a construção desse mito, representativo da mãe boa, para que uma mulher possa inserir-se, como pessoa, nesse meio social em que, a partir de uma determinada idade, só reste a ela assumir o papel de mãe. Ser mãe pode representar o único sentido na vida de uma mulher.

Segundo Badinter (2004), o mito da boa mãe sempre foi eficaz para os costumes e estruturação familiar e para estabelecer a mulher no papel de cuidadora, e educadora de sua prole. Embora uma mudança venha ocorrendo, ao longo do tempo, com o papel da mulher - mãe, ainda recai sobre esta mulher o papel de cuidar, o que é bastante aceito e mantido socialmente, independente da classe social.

A representação de mãe boa, sagrada, é transmitida de geração a geração, num tempo longo, compreendido pelo domínio das memórias coletivas, indiferente às

modificações de costumes que vivencia a sociedade. Para Motta (2005), o modelo de ser mãe varia de acordo com a época e a cultura, sendo sempre defendido de acordo com os interesses do sistema econômico. Ainda citando a autora, a ideologia da maternidade vivida em nossos dias, ainda confere à mulher a capacidade natural de amar os filhos por ela gerados e deles cuidar, sem restrições. Essas falas expressam um amor incondicional.

“Ser mãe é um dom de Deus, aí se a mãe não ama o filho, não pode amar mais ninguém [...]” [Rosa].

“[...] Filho é um pedaço da gente, e a gente passa por tudo isso por um filho, tem que amar [...]” [Orquídea].

Leff (1997) relata que o processo fisiológico vivenciado pela mulher na gestação, coloca-a também na condição de ser pensante, de receptáculo de fantasias, desejos e temores desencadeados por essa nova vivência. Essa experiência da gestação vai estar umbilicada aos outros cordões dessa linhagem, melhor dizendo, a mãe ligada à sua mãe e, por esta, à sua avó numa linhagem transgeracional.

Nessa mesma linha de pensamento, Odent (2002), a partir de estudos da Neurociência, enfoca que essas trocas se dão no nível de sensações sensoriais e bioquímicas entre a díade, uma troca que se inicia no ambiente intra-uterino. Esse autor afirma que a gestação e o parto são momentos vivenciados pela mulher com taxas e modificações hormonais específicas que irão refletir no seu cuidar materno. O que fica claro, diante do exposto, é que existe uma conjunção de fatores hormonais fisiológicos, além dos fatores psicoafetivos associados à construção social envolvidos no ato de cuidar.

Pressionada por uma sociedade que santifica a gravidez, negando sua ambivalência, a mulher pode ocultar sentimentos negativos primitivos contra essas mudanças corporais, na tentativa de manter uma imagem idealizada de feliz, e, assim, não contrariar as expectativas do seu meio social. Isso está bem expresso a seguir.

“Eu me trancava no quarto e começava a chorar. Não contava pras pessoas, né? O que eu tava sentindo e era uma coisa estranha porque você não tem solidão, mas ela vem eu não sei como; nem por que. Mas nessa gravidez, eu pude constatar isso, eu acho que foi porque eu não queria tá grávida” [Rosa].

Falar dos sentimentos nefastos e primitivos, de acordo com Motta (2005) não é permitido quando se faz parte de um grupo social que categoriza esses sentimentos como pecados, representando em si a maldade. A fala de Rosa está bem clara: uma gestante, uma futura mãe, não pode ter tais sentimentos, não pode expressá-los. Talvez os sentimentos nefastos representassem, para essa mãe, um castigo de Deus pelo seu desejo de não estar

grávida, já que ela faz parte de um grupo religioso em que os sofrimentos são provações divinas.

Dentro desse mesmo pensamento, Motta (2005) refere-se à relação materno-filial determinada, desde o começo, por influências psicológicas do desenvolvimento da própria infância, educação e ambiente cultural da mãe, acrescentado dos processos hormonais biológicos. A possibilidade de poder parir e amamentar faz parte de um saber filogenético que pode ser executado, se houver uma aceitação da criança. No entanto, a decisão de tê-los e cuidar, está perpassada por variáveis psíquicas, sociais e biológicas, nas quais os desejos, segundo a autora, são instâncias transmitidas psiquicamente e podem não se consumir, já que, podem-se desejar uma coisa e optar por outra.

5.4 Empoderamento materno: criando espaços para o cuidado

Ao se utilizar, nesta pesquisa, o termo empoderamento, procurou-se focar o significado da palavra inglesa “*empowerment*.” Este termo, o dicionário Oxford (ABATE, 2000) define como significado primeiro: autorizar, permitir, dar posse, dar poder a alguém para realizar uma tarefa sem precisar da permissão de outro. Freire, a utiliza no sentido de realização pessoal, seria a pessoa ou grupo que realiza por si mesmo, as mudanças e ações que a levam a evoluir e a se fortalecer. Para esse autor, empoderamento difere da simples construção de habilidades e competências, mas é resultado de uma transformação interna. Uma conquista pessoal, uma conscientização.

Diante dessa perspectiva de autorização e fortalecimento de uma transformação interna, neste trabalho; empregou-se essa terminologia e foi possível identificar duas questões que fortaleceram o empoderamento: ser cuidada para cuidar do filho e o apoio das redes de suporte.

5.4.1 Ser cuidada para cuidar do filho

De acordo com Szejer e Stewart (2002), a gravidez, o parto e o puerpério, vivenciados pela mulher, são momentos primordiais na vida do bebê. Nesse período, para que a mãe possa estar exclusivamente voltada para o bebê é necessário que alguém esteja assumindo o papel de facilitador, ajudando nas tarefas de suporte às suas necessidades básicas. Tal comportamento de exclusividade ao recém-nascido, hoje em dia, fica sem ressonância, quando o sistema econômico de produção, ao qual a mulher está inserida como

participante ativa, estimula a competitividade e o poder econômico como determinantes de um lugar social.

Ao falar da mulher no contexto atual de mercado produtivo, Muraro e Boff (2002) expressam que, apesar da competitividade estimulada, a educação milenarmente cultivada do altruísmo e do cuidar tem sido favorecedora e vital para o bebê humano, pois sem essas características do feminino o mesmo não sobreviveria.

As mulheres entrevistadas expressaram, em suas fala, essa necessidade premente que a gestação e o puerpério desencadeiam de serem cuidadas, para que possam cuidar do bebê. A proteção, nesses primeiros momentos de vida, passa por um apoio que é solicitado ao pai do bebê, à família e estendido para o espiritual.

“Se está sozinha, é melhor pedir ajuda para Deus, se não faz besteira...” [Rosa]

“Se não tem como cuidar, no meu ponto vista, deve pedir ajuda para pais, avó, amigo, família, alguém [...]” [Orquídea].

Ao que parece, o que está sendo colocado na fala de Rosa vem ao encontro do corpo teórico delineado, onde o estar sozinha pode significar risco para realizar um possível abandono. Há a necessidade de uma rede social de apoio, para que a mãe possa empoderar-se do seu papel materno. Adquirir esse poder baseia-se, como ensina Kirkwood (1986, p.45), no exercício de atos contínuos, conforme se verifica no citado abaixo:

O poder não é, o poder se exerce. E se exerce em atos e linguagem. Não é uma essência. Ninguém pode tomar o poder e guardá-lo em uma caixa forte. É exercê-lo continuamente é transformá-lo em atos repetidos ou simultâneos de fazer e de fazer com que outros façam ou pensem.

Com base nesse pensamento de exercício de poder, e que para exercê-lo é necessários atos repetidos de fazer, fazer. As falas das mães acima reforçam a necessidade de apoio, de suporte para que possam fazer os cuidados com essas crianças de forma que, esses cuidados se transformem em atos significativos construtores de apego e vínculo.

5.4.2 Redes de suporte

A análise demonstrou que o exercício do poder materno dessas mães de prematuros foi facilitado pela rede de apoio que elas tiveram disponível no período puerperal. Observa-se que a mãe do recém-nascido prematuro tem uma fragilidade psíquica maior em decorrência de ela também estar sendo mãe antes da hora, ou seja: não ter vivenciado todas as

etapas do período gestacional. Há também a fragilidade emocional devido à iminência de perda do seu bebê durante o período na UTIN, sendo necessária uma rede de suporte para que venha desempenhar esse papel. Isso é bem colocado por Orquídea, quando afirma que essa rede de apoio deve ser ampliada, não só na família nuclear, mas, também, na família ampliada, incluindo-se os amigos. Essa necessidade de ajuda também é compartilhada por Hortência que, para poder cuidar, ou melhor, se empoderar, refere o apoio da sua mãe e da sua avó.

Morsch e Braga (2003) chamam de maternagem ampliada todos os cuidados desenvolvidos pela mãe da mãe aos seus filhos e netos nesse período puerperal, envolvendo duas gerações. Reforçando que a experiência de ambas é favorecedora para o reconhecimento de gestos, expressões do recém-nascido que irão facilitar este período adaptativo do bebê e de sua mãe.

A autora argumenta ainda que as avós, nesse momento, não passaram pelas modificações corporais e psíquicas das mães não compartilham, com estas, os mesmos sentimentos, pois são eles de naturezas diferentes e é graças a essa diferença que podem dar todo apoio, resgatando a familiaridade.

“Vou cuidar dele do jeito que eu aprendi aqui, vou ensinar pro meu marido, minha mãe vai me ajudar. Ela mora perto de mim ela e minha avó, aí elas me ajudam” [Hortência].

Vê-se que Hortência coloca em primeiro lugar o apoio do companheiro, para em seguida ampliar para a mãe e avó. Como se falou em capítulo anterior, o apoio do companheiro é significativo para as mães, ao ponto de, na falta deste, o risco para abandonar o bebê será maior.

Esse apoio ampliado, que as mães vão expressando, pode categorizar o que Barnes (1987) chama de rede social de apoio. Ele a define como um conjunto de relações interpessoais conectadas, que vinculam indivíduos a outros indivíduos e são tecidos por escolhas pessoais sem estruturas hierárquicas. Ela é uma matriz de identidade.

De acordo com Sluzki (1997), as atribuições das redes são de apoio emocional, companhia social, guia cognitivo; ajuda material e de serviço; e de compartilhar conhecimento e solidariedade. Para esse autor, os parceiros de rede, ao mobilizarem-se em torno de objetos comuns, tecem uma identidade que lhes é fundamental, construindo um manto de proteção no qual estariam envolvidos em trocas afetivas e em cuidados recíprocos.

Constatou-se que uma mãe, quando se depara com um bebê que nasce prematuro e não dispõe de uma rede de suporte, torna-se fragilizada e pode recorrer a atos não aceitáveis

socialmente. O exposto vai ao encontro do que Sluzki (1997) teoriza sobre os tecidos da rede; quando fragilizada, vai ocasionar uma sensação de vulnerabilidade e desproteção.

Nesse sentido, Castel (2003) enfoca que as redes de suporte dão referências de continuidade para seus participantes, conseguindo, desta maneira, minimizar sua insegurança social, uma vez que não possuem os meios de assegurar sua existência pela propriedade privada. Essa desproteção está expressa na fala de Margarida que vive um processo migratório da zona rural para capital, tendo trabalhado como doméstica por oito anos com uma mesma família e, ao engravidar, sente-se fragilizada; a família a qual se sentia pertencer não a visitava, não lhe telefonava, ficando, portanto, sem referências de proteção.

“Aí eu fico com medo de descuidar, de não saber quando é choro de dor de barriga. Vou trazer alguém da minha família para me ajudar a cuidar dela, acho que minha irmã ou minha mãe. Sabe, elas moram no interior, não é aqui não. Aqui eu morava com minha ex patroa mas pra lá eu não volto não, eles nem ligaram mais pra saber de mim todo esse tempo, só no início” [Margarida].

Braga (2006) aponta para essa vulnerabilidade vivenciada pelos pais quando estes se encontram nesse espaço e estão exaustos pelas internações prolongadas. Em decorrência, há uma tendência de os membros dessa rede de estarem cada vez mais ausentes por conta das dificuldades impostas por seus trabalhos, ocasionando a fragilidade da rede.

Ainda dentro desse pensamento, trazido pelas mães, em relação à necessidade de serem cuidadas para poder cuidar, elas falam da UMB como lugar de cuidados ao prematuro e a suas mães. Um local de proteção, onde toda uma equipe de profissionais é colocada à disposição, construindo-se, dessa maneira, uma rede de proteção de profissionais. Como já foi referido, a rede proporciona a elas a possibilidade de cuidar de seus filhos e, assim, exercerem as funções maternas e facilitar os laços afetivos.

Deste modo, a representação do lugar de sofrimento e medo, que era a UTIN, vai se resignificar na UMB como lugar de apoio, ajuda, e aprendizado dos cuidados, em que as mães vão se empoderando dessa função materna numa interrelação com a equipe e as outras mães.

“Sem a experiência da UMB, com ajuda delas, eu não sei o que tinha sido de mim [...] Fico mais tranqüila aqui com ela, olhando, cuidando [...]” [Rosa].

“Passar pela UMB é muito importante para aprender cuidar, senão fica com medo. Aí vai cuidando, vai cuidando, se apega e é mais difícil dar o bebê” [Petúnia].

“Essa experiência aqui nos aproximou muito, agora me sinto mais mãe dela, vou para casa confiante [...]” [Girassol].

Braga (2006), ao estudar rede de suporte aos pais de bebês prematuros, identifica, nessa forma de atendimento humanizado em UTIN, a formação de um elo de apoio dos profissionais aos pais, cujo valor é imprescindível. No âmbito das interações entre estes membros, destacam-se o apoio emocional, guia cognitivo, ajuda material e de serviço. Ainda de acordo com a pesquisadora, essas ações se dão no dia-a-dia quando a equipe médica mantém um fluxo de informações aos pais e à equipe de enfermagem ao cuidar e realizar, com o bebê, os cuidados imprescindíveis a seu bem estar. A saúde mental atua como mediadora e como “mãe simbólica,” quando permanece ao lado dos pais, acolhendo suas angústias e medos. O serviço social viabiliza meios materiais para amenizar as dificuldades apresentadas por estas famílias. Essas funções de redes não têm fronteiras rígidas, podendo ser ocupadas por integrantes de diferentes equipes de outros profissionais em momentos distintos.

Diante do exposto, acredita-se que este trabalho em equipe, seja a forma de trabalhar em UTIN, para permitir que uma mãe possa se empoderar dos cuidados do seu bebê. O recém-nascido, que no seu início de vida esteve sob os poderes mais da equipe, faz uma transição desta para a mãe, em um exercício contínuo e repetido de fazer e fazer, vai a mãe se empoderando e, assim, desenvolvendo sua função materna. No âmbito dessa dinâmica, prováveis comportamentos maternos de abandonarem os filhos poderiam ser evitados.

6. CONCLUSÃO

“É aprendendo sempre, provenha de onde provier o ensinamento. Fazendo-o passar pelo crivo da experiência, é buscando conhecer mais e mais, ou seja, procurando ignorar cada vez menos”.

(D. Perestrello)

Chegar à conclusão desse trabalho de pesquisa não implica ter obtido resposta para todas as interrogações iniciais. O tema é amplo, de difícil abordagem e aponta para várias e complexas questões a serem exploradas. Mantém-se o desejo de que essa busca seja continuada. Na verdade, acredita-se que se inicia agora uma nova caminhada com o olhar mais aguçado para tais questões.

Trilhando o caminho feito pelo prematuro e sua mãe, durante a internação neonatal, foi possível trazer à tona alguns aspectos ligados à intenção do abandono de bebês, muitas vezes, presentes durante a internação, antes da concretização do fenômeno.

Cada espaço hospitalar por onde circula o prematuro, mobiliza; em suas mães, fortes emoções. Emoções essas, muitas vezes, negativas, o que é esperado frente à crise que enfrentam, embora exista todo um trabalho voltado para a humanização do atendimento com trabalho em equipe e inserção dos pais nos cuidados de modo que os laços familiares não sejam tão enfraquecidos pelo adoecimento.

Foi possível observar nas falas, vivências de abandono familiar, tanto na infância e na adolescência, quanto na gravidez e no período de internação do bebê. Levando-nos a concluir que uma mulher, que vivência situações de abandono de várias ordens, seja social, familiar e psíquica, esteja mais suscetível a abandonar ou negligenciar seu filho.

Ao falarem sobre abandono, o fazem a partir de suas histórias e expressam aquilo que a cultura, na qual estão inseridas, induz juízo de valores e julgamentos para tal comportamento concluindo que: a mãe que abandona um filho é má. Embora façam uma associação a outros fatores que possam colaborar para tal ação, tais como falta de apoio familiar, falta do apoio do pai do bebê. Também se podem identificar as práticas ligadas ao ato ou intenção de abandono com certa frequência, tais como não realizar pré-natal, tentativas de abortamento, principalmente com aquelas mães que vivenciaram, em suas histórias de vida, o abandono.

A ausência do seu pai e a ausência do pai do bebê foram situações freqüentes identificadas em suas histórias, reproduzindo um modelo de família mono-parental diga-se predominante matriarcal e que vem ganhando espaço na sociedade atual.

O abandono paterno tem uma dimensão social e afetiva além de uma dimensão jurídica, tornando-se, portanto, uma questão sócio-política, quando se vai transitando numa legião de famílias sem pais, fragilizadas pela ausência da autoridade paterna comprometendo a cidadania da criança e da mãe. No entanto, esse abandono também pode estar enraizado em questões bem mais amplas como a já tratada desigualdade social, resultante do modelo econômico imposto pela sociedade atual que faz a inserção social do indivíduo a partir do trabalho e da capacidade de produção.

Ser abandonada pelo companheiro é muito representativo para as mães como coadjuvante no abandono do filho, também está ligado a questões econômicas, desenvolvendo, portanto, nessas mulheres, a angústia de, sozinhas, sustentar e apoiar um filho. Observou-se com freqüência, quando em atendimento no ambulatório de seguimento, local em que percorremos a terceira etapa de busca de dados, que há uma fragilidade das relações conjugais. Os companheiros se eximem da sua participação na paternidade deixando as mulheres sozinhas, isso pode enfraquecer o poder materno que se estabeleceu neste início e fragilizar conseqüentemente, as relações mãe e filho que estão se estabelecendo. Resta somente uma legião de filhos sem pais: formando-se uma sociedade sem pais. É interessante, diante disso, que se faça uma reflexão nas implicações sociais que este comportamento causa.

Na elaboração das representações, pode-se perceber a existência da temporalidade. Quando as mães estão com o seu bebê na UTIN, as representações se fazem no aqui e agora com sentimentos ambivalentes. Durante a internação na UMB, as mães resignificam seus medos, culpa e insegurança cuidando do bebê e vão gradativamente aprendendo e aceitando a ser mãe de um bebê prematuro.

Percebem o abandono como sendo o não cuidar. Desta forma, dar para outro não é considerado abandono, quando a mãe acha que não tem condições econômicas de cuidar. Esse comportamento tem um significado bastante expressivo, marcado pela naturalidade de uma atitude cotidiana no mundo de muitas dessas mulheres - o dar para "outra cuidar". Ao que parece, fala-se de doação, porém não é sentido por elas como tal.

Observa-se, nas falas que, quando o cuidado compõe-se de elementos como atenção, paciência, tempo de escuta e envolvimento familiar, elas são capazes de elaborar o sofrimento, fazer uma interação com os seus filhos e com a equipe. Há uma valorização da assistência voltada para seus cuidados, significando sentir-se apoiadas o que vai gerar

competência e transmitir segurança e investimento no seu bebê. Resignificam, portanto, a dor do descuido, pela segurança de cuidar, a partir do poder fazer. Essa segurança e o sentir-se apoiada são necessidades primordiais para essas mães empoderarem-se e cuidarem de seus bebês.

Conclui-se, portanto, que existe uma rede de eventos e fenômenos sociais, familiares e políticos que determinam situações de gravidez, parto e período pós-natal imediato para a intenção ou efetiva realização de vários tipos de abandono dos bebês prematuros.

Esses fenômenos se concretizam nas relações do Estado com o trabalhador e suas famílias, da mãe com seu companheiro e com as redes sociais de apoio que permeiam esta família e finalmente, com o bebê que acaba de nascer.

REFERÊNCIAS

- ABATE, F. **The Oxford Dictionary and Thesaurus American Edition**. New York: Orford, 2000.
- AGMAN, M.; DRUN, C.; FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. In: WANDERLEY, B.D. (Org.). **Agora eu era o rei**. Os entraves da prematuridade. Salvador: Ágalma, 1999.17-34.
- AMIN, A. R. Princípios Orientadores do direito da criança e do adolescente. In: ANDRADE, K. R. F. L. (Coord.). **Curso de Direito da Criança e do Adolescente**: aspectos teórico e práticos. 3. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2006. p. 13-20.
- ARAGÃO, V. M. et al. Risk factors for preterm births in São Luís, Maranhão, Brazil Fonte: **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 57-63, jan./fev. 2004.
- ARAUJO, S. M.B. A ausência da função paterna no contexto da violência Juvenil. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2005, São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200006&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 27 nov. 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). **Maus – tratos contra crianças e adolescentes**: proteção e prevenção. Guia para orientação para profissionais da saúde. Petrópolis: Autores & Agentes associados, 1997.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Criança vitimizada**: a síndrome do pequeno poder. 2. ed. São Paulo: Iglu, 2000.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BARNES, A. S. Redes sociais e processo político. In: BELA-FELDMAN, B. (Org.). **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Ed. Global, 1987.
- BASTOS, L. **Abrigos**: uma realidade a ser transformada. Palestra apresentada no lançamento Oficial da Campanha de Apadrinhamento Afetivo. Brasília, 2002.
- BECKER, M. J. A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece. In: KALOUSTIN, S. M. (Org.). **Família brasileira a base de tudo**. 8. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 2008.
- BEZERRA, M.A.; CORREA, M.S.; GUIMARÃES, K.N. Negligência contra criança: um olhar do profissional de saúde. In: SILVA, L. M. P. **Violência domestica contra crianças e o adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002.

BÍBLIA. A. T. Gênesis. Português. **Bíblia Sagrada**. São Paulo: Ed. Ave Maria, 1997.

BLOCH, H. Abandonment, infanticide and filicide. An overview of inhumanity to children. **American Journal of Disabled children**, v. 142, p.1058-60, 2001.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

BOGÉA, L. Adolescente dá à luz em pé e enterra o bebê vivo. **Jornal Pequeno**, São Luis, 17 abr. 2007.

BONNET, C. **Adoption at brist**: Prevention against abandonment or neonaticide. Child Abuse and Negligio. France. 1993.

BOSWELL, J. Expositio and Oblatio: the Abandonment of Children and the Ancient and Medieval Family. **American Historical Review**. Washington, v.89, p.10-33, 1984.

BOURGET, D.; GAGNÉ, P. Maternal filicide in Quebec. **J.of the American Academy of Psychiatry and the Law**, v. 30, n. 3, p. 345-351. 2002

BOWLBY, J. **Apego e Perda**, vol. I. S. Paulo: Martins Fontes, 1990. 196 p.

_____. **Cuidados maternos e saúde mental**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BRADLEY, D. Perspectives on newborns abandonment. **Pediatric Emergency Care**, Califórnia, v. 9, n. 2, p.102-111, 2003.

BRAGA, M. C. **Redes Sociais de Suporte aos pais dos bebês internados na UTIN**. 2006. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – IFF, Rio de Janeiro, 2006.

BRAGA, N. A.; MORSCH, D. S. Maternagem ampliada. In: MOREIRA, M. E.; BRAGA, N.A; MORSCH, D.S. (Orgs.). **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.81-95.

BRASIL. Decreto Lei nº. 2848 de 7 de dezembro 1940. **Da aplicação da lei penal**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm> Acesso em: 28 de dez. 2008.

_____. **Estatuto da Criança e Adolescente**: disposições constitucionais pertinentes: lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. 6. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretária de Edições Técnicas, 2006.

_____. Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002. **Institui o código civil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm>. Acesso em: 28 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 maio 2001. Seção IE.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-Método Canguru**: manual do curso. Brasília: Secretaria de Políticas, 2002.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BUSNEL, M. C.; SOUSSUMI, Y.; CUNHA, I. Relação mãe-feto, visão atual das neurociências. In: WILHEIM, J. (Org.). **Relação Mãe-feto visão atual das neurociências/humanização do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BYDLOWSKI, M. O olhar interior da mulher grávida: Transparência psíquica e representação do objeto interno. In: FILHO, L; CORRÊA, M. H. G; FRANÇA, P. S. (Org.). **Novos olhares sobre gestação e a criança até os três anos. Saúde perinatal e desenvolvimento do bebê**. Brasília: L. G. E., 2002.

CAMPBELL, J.; MOYEURS, B. O poder do mito. In: MOYERS, B. S. (Org.). **O Poder do Mito**. São Paulo: Palas Athenas, 1990.

CARAVELE, B. et al.. Cognitive development in low risk preterm infants at 3-4 years of live. **Arch. Dis.child fetal neonatal** , 2005, set. p 474-9.

CASTEL, R. **A insegurança social**: o que é ser protegido? Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

CATÃO, I. O desamparo e o abandono: duas formas de pensar a exclusão. In: _____. **Psicanálise e suas conexões**: trata-se uma criança. Rio de Janeiro: Campo Freudiano, 1998.

CESÁRIO, S. K. Newborn abandonment would you know what to do? **Awhonn lifelines**, v.5, n. 5, p. 42-48. 2001

CHILDREN'S BUREAU. Department Of Health And Human Services. **Discarded infants and neonaticide**: a review of the literature. California: Berkeley. Set. 2004.

_____. Department Of Health And Human Services. **Administration on children and families**. Boarder babies, abandoned infants, and discarded infants. California: Berkeley, Dez. 2005.

_____. Department Of Health And Human Services. **Report to the Safe Haven for Abandoned Task Force**. California, Los Angels, May. 2002.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

COUTINHO, H.R. B.; MORSCH, D. S. A paternidade em cuidados intensivos neonatal. **Rev.Bras.Psi. Hospilarb.**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, jun. 2006.

CRAIG, M. Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those at risk? **J.R. Soc. Med.**, v. 97, n. 2, fev. 2004.

CURTIS, W.J.; LINDEKE, L. L.; NELSON, C. A. Neurobehavioural functioning in neonatal intensive care unit gradnates in late chilhood and early adolescence. **Brain**, v. 125, p. 1646-59, jul. 2002.

CYRULNIK, B. **O murmúrio dos fantasmas**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DELMONTO, C. et al. **Código penal comentado**. Rio de Janeiro: Renovar, 1986.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagem quantitativa e qualitativa em saúde: o dialogo das diferenças. In: MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DRUON, C. Ajuda aos bebês e aos seus pais em terapia intensiva neonatal. In: WANDERLEY, D.B. (Org.) **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma, 1990.

FABRE-GRENET, M. Os Meios de Comunicação do prematuro. In: BUSNEL, M.C. (Org.). **A linguagem dos bebês sabemos escutá-los?** São Paulo: Escuta, 1997. p. 369.

FARIAS, E. P. Violência contra bebês. **Rev. Brasileira de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v.39, n.3, p.59-65, 2005.

FIELD, M. T. Assitência favorável ao desenvolvimento. In: CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.136-137.

FIGUEIREDO, B. Filicídio: incidência e fatores associados. **Rev. Analise Psicológica**, Lisboa, v. 24, n. 4, out. 2001.

FREIRE, P. **A conectividade do presente com a história em Freire e Foucoult**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.institutopaulofreire.org./j_mafra.html>. Acesso em: 10 abr. 2009.

FRESTON, Y. M. B; FRESTON, P. A mãe biológica em casos de adoção: um perfil da pobreza e do abandono. In: FREIRE, F. (Org.). **Abandono e adoção: contribuições para uma cultura de adoção**. Curitiba: Terre des Hommes, 1994. p. 81-90.

FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas**: inibições, sintoma e ansiedade (1926). Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 20, p.95-201.

FRIEDM, S. et al. Child Munder Committed by severely Mentalh III Mothers: Na examination of Mothers dound not guilty by reason of insanity. **J. Forensic Sci.**, v. 50, n. 6, nov. 2005.

FULMER, R. H. Famílias de baixa renda e famílias com formação profissional: comparação do processo de ciclo de vida. In: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar, estrutura para terapia familiar**. Porto Alegre: ed. Artes Médicas, 1995.cap.22, p.468-95.

GALHEIGO, S. M. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n. 3, jul./set. 2008.

GAUTHIER, I. Do projet d'enfant aux premières semaines de la vie: perspectives psychanalytiques. In: _____. **Psychiatrie perinatale**. Paris: PUF, 1999. p. 39-60.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M.C.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do Pensamento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 109-132.

GUIRADO, M. **Instituição e relações afetivas, o vínculo com o abandono**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HACK, M. et al. Neurodevelopment and predictors of outcomes of children with birth weights of less than 1000g. **Arch Pediatr Adolesc. Méd. E.U.A.**, v. 154, n. 7, p.725-731, Jul. 2000.

HEYWOOD, C. **Uma história da infância**: da idade média à época contemporânea no ocidente. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Diretoria Adjunta de Planejamento. **Cartilha HU-UFMA**. São Luís, MA: Assessoria de Comunicação, 2008.

HOUAISS, A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P. A; JOVCHELOVITCH, S.(Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 63-85.

KARAKUS, M. et al. Filicide cases in Turkey. **Croatian Medical Journal**, v.55 n. 5, p. 592-595, 2003.

KIRKWOOD, J. **Ser política en Chile: las feminista y los partidos políticos**. Santiago. Flacso, 1986.

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

KLIKSBERG, B. **Desigualdade na América Latina: debate adiado**. São Paulo: Cortez-Unesco, 2000.

KRUEGER, R. A. **Focus group: a practical guide for applied research**. Newbury Park: Sage Publi, 1986.

KRUG, E. G. et al. (Org.). **World report on violence and health (Relatório Mundial de Violência e Saúde)**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LABIT, R. H. et al. Child abuse & neglect: reactive attachment disorder. In: _____. **Pediatrics: developmental and behavioral**. New York: eMedicine from Web, 2006. Disponível em: <<http://www.eMedicine.com>>. Acesso em: 5 dez. 2008.

LACAN, J. **Complexos Familiares**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

LAMY, Z. C. A percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **J. Pediatria**, v 73, n.5, 1997.

_____. Atenção humanizada ao RN de baixo peso: método canguru: a proposta brasileira. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005.

_____. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal**. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995.

LEBOVIC, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LEE, A. C. W.; LI, C. H.; KWONG, N. S. Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy- newborn victimisation associated with unwanted motherhood. **Med. J.**, Hong Kong, v. 12, n. 1, fev. 2006.

LEE, F.I.; MATARAZZO, E. B. Prevalência de adoção intrafamiliar e extrafamiliar em amostra clínica e não clínica de criança e adolescente. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 3, sep. 2001.

LEFF, J. **Gravidez a história interior**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LEMONS, J. J. S. **Mapa da exclusão social no Brasil: radiografia de um país assimetricamente pobre**. Fortaleza: Banco do Nordeste, 2007. p.76-85.

LEONE, C. R. Epidemiologia, desafios e perspectivas. In: COSTA, H. P. F.; MARBA, S. T. **O recém-nascido de muito baixo peso**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 3-10.

LONG, R. Abortion, abandonment, and positive rights: the limits of compulsion altruism. **Social Philosophy and policy**, v. 10, p. 166-191, 1993.

LUCHETTA, M. et al. Antecedentes obstétricos/neonataais e desenvolvimento motor-adaptativo de crianças pré termo e com baixo peso entre 24 e 36 meses de idade. **Arq. Neuro – Psiquiatria**, v. 64, n. 4, 2006.

MARIN, I. K. Adoção. In FREIFE, F. (Org.) **Adoção x abandono**: contribuições para uma cultura de adoção. Terre des hommes. 1994.

MARCÍLIO, M. L. **História social da criança abandonada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARES, S. Resent Advances in the theories of and interventions with attachment disorders. **Curr Opin Psychiatry, USA**, v. 20, n. 4, p. 343-348, Jul. 2007.

MATHELIN, C. **O Sorriso de Gioconda**: clínica psicanalítica com bebês prematuro. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MELLO, R.; LOPES, J. M. Valores de predição da avaliação neurológica e ultrasonografia cerebral neonatal em relação ao desenvolvimento de prematuros de muito baixo peso. **Rev. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 420- 429, 1998.

MENDLOOWIEZ, M. V. et. al. A case- control study on the socio- demographic characteristics of 53 neonaticidal Mothers. **International Journal de Psychiatry**, v. 21. n. 2, p.209-221, 1998.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2006.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2006.

MORAES, Biné. Bebê encontrado em esgoto passa bem. **Jornal Estado do Maranhão**, São Luis, 24 nov. 2007. Caderno Cidade, p.2.

MORGAN, David. L. **G. Focus as qualitative research methods**. 2 ed. London: Sage 1998.

MORSCH, D.S.; BRAGA, N. B. A depressão na gestação e na UTI Neonatal: In: _____. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 10, n. 4, p. 624-636, dez. 2007.

MOSCOVIC, S. **A representação social da psicanálise**. Rio Janeiro: Zahar, 1978.

_____. A teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOUCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 8. ed. São Paulo: Vozes, 2003. p.151-58.

MOTTA, Maria Antonieta Pisano. **Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção**. 2. ed. São Paulo: Cortez. 2005.

MUGAVIM, M. E. A Meta- Synthesis of Filicide Classification Systems: psychosocial and psychodynamic issues in women who kill their children. **International Association of Forensic Nurses**, v. 7, 2005.

MURARO, R. M.; BOFF, L. **Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças**. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família Brasileira à base de tudo**. 8. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unicef, 2008. p. 24-46.

NEWMAN,L.; MARES,S. Resent Advances in the theories of and interventions with attachment disorders. **Curr Opin Psychiatry**. USA. v.20, n.4, p.343-348. julho, 2007.

OBERMAN, M. Mother who kill: Cross-cultural patterns in and perspectives on contemporary maternal filicide. **J. International of law and Psyciatry**, v. 26, n. 5, p. 493-514, 2003.

ODENT, M. **A cientificarão do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

PEREIRA, J. F. L. F. O ciclo recursivo do abandono. In: _____. **A adoção tardia frente aos desafios na garantia do Direito à convivência Familiar**. 2000. Dissertação (Mestrado) – UNB, Distrito Federal, 2000.

PEREIRA, T. S. O melhor interesse da criança. In: _____. **O melhor interesse da criança uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p.1-101.

RESNIC, P. J. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. **American journal of psychiatry**, U.S.A, n. 126, p.1414-1420, 1970.

SCHIRMER, C. R. et al. Avaliação da evolução dos aspectos lingüísticos em crianças que nascem prematuros aos 3anos de idade. **Arq.de Neuro-Psiquiatria**, v. 64, n. 4, p. 926-931, 2006.

SCHMITD, B. et al. Avaliando o prognóstico de longo prazo no recém-nascido de muito baixo peso como estratégias para melhorar o cuidado neonatal. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO. 5. 2006. **Conferência...** Rio de Janeiro, set. 2006. Disponível em: <<http://www.paulomargotto.com.br>>. Acesso em: 28 dez. 2008.

_____. Impact of bronchopulmonar dysplasia, brain injury, and severe retinopathy on the outcome of extremely low birth-weight infants at 18 monts. **JAVA**, n. 289, p.1124-1129, 2004.

SILVA, Ricardo Nunes Moreira. Amamentação em unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal trabalhando com a mãe e com o prematuro: a experiência do cetrin. **Int. J. Prenatal and perinatal psycology and medicine**. vol. 12 (2000) n. 1, 51-70.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SPINELLI, M. G. A Systematic Investigation of 16 cases of neonaticide. **Am J. Psychiatry**. v. 158, n. 5, May. 2001.

SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

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

STEWART, J. E. Cuidados no acompanhamento do recém nascido de muito baixo peso ao nascer. In: CLORETH, J.; EICHEWALD, E.C.; STARK, A. R. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 138- 142.

SZEJER, M. A escuta psicanalítica de bebês em maternidade. In: ENCONTRO BRASILEIRO PARA O ESTUDO DO PSIQUISMO PRÉ E PERINATAL. 4. 1999. São Paulo. **Conferências...** São Paulo: Escuta, 1999.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida de uma mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

THURLER, A. L. Outros horizontes para a paternidade brasileira no século XXI? **Sociedade e Estado**, Brasília, v.21, n.3, p. 681-707, set./dez. 2006.

VENÂNCIO, R. R. Maternidade negada. In: FIORI, Mary Del. **Histórias das mulheres do Brasil**. 7. ed. São Paulo: Unesp, 2004. p. 189-221.

VICENTE, C. M. O Direito a convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo. In: KALOUUSTIAN, S.M. (Org.). **Família a base de tudo**. 8. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 2008. p.47-59.

WATZLAWICK, P. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões de patologias e paradoxos de interação. 12. ed. São Paulo: Cutrix, 1999. p. 46-65.

WEBER, L. N. Abandono e institucionalização de crianças no Paraná. In: FREIRE, F. **Abandono e adoção**: contribuições para uma cultura da adoção. Rio de Janeiro: Terra dos Homens, 1994. p. 31-46.

_____. **Nas trilhas de João e Maria**: breves reflexões sobre o abandono de crianças no Brasil. Curitiba: Congresso em Psicologia, 1996.

WEBER, L. N.; KOSSOBUDZKI, L. H. M. **Filhos da solidão**: institucionalização, abandono e adoção. Curitiba: Governo do estado do Paraná, 1999.

WINNICOTT, D. W. **Da Pediatria à Psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2001. p. 401.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria dos desenvolvimentos emocional. Porto Alegre: ArtMed, 1967. p. 268.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

QUESTIONÁRIO DADOS MATERNOS

Número: _____ Prontuário: _____ DN: _____ Local: _____

Nome do RN: _____ Idade do RN: _____

Nome da Mãe: _____

Cor da mãe: _____ Idade: _____

Ocupação da mãe: _____ Renda: _____

Escolaridade da mãe: _____ Sit conjugal _____

Endereço: _____

Nome do pai: _____

Cor do pai: _____ Idade: _____

Ocupação do pai: _____ Renda: _____

Escolaridade do pai: _____ Sit conjugal _____

Endereço: _____

Condições de moradia da mãe:

Água encanada: 1() sim 2() não

Luz: 1() sim 2() não

Esgoto: 1() sim 2() não

Nº cômodos: _____

Dados da gestação:

Fez pré-natal: 1() sim 2() não Nº de consultas: _____ Intercorrência: _____

Gestação: _____ Paridade: _____ Abortos: _____ Contraceptivos: _____

Dados do parto:

Tipo de parto: _____ Intercorrências: _____ BR: _____

Tipos Rede social apoio: _____

Quem: _____

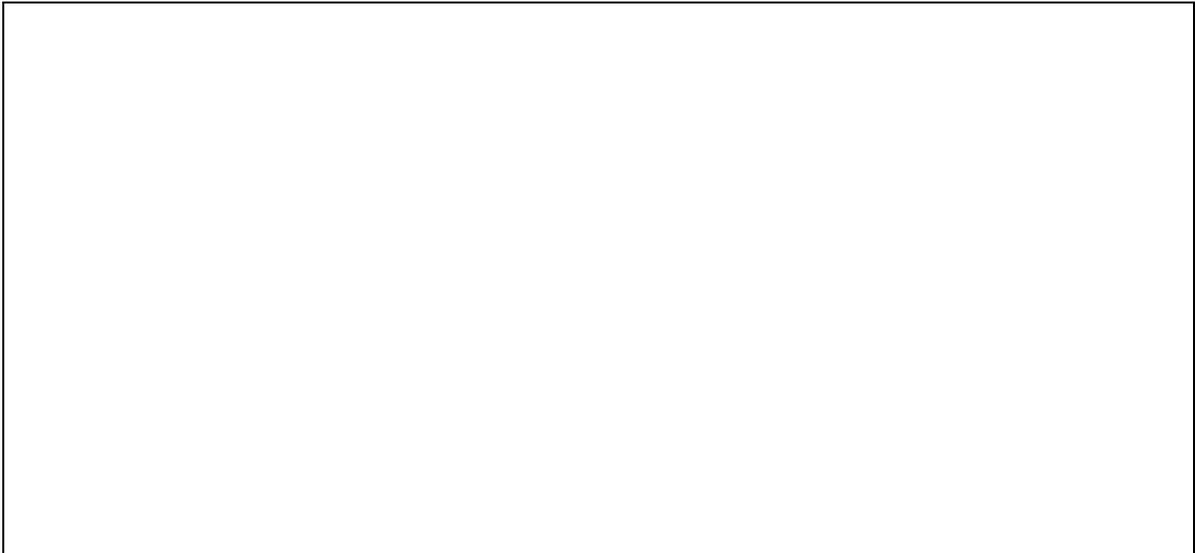
Recebeu apoio da equipe do hospital:

1() sim 2() não

Recebe benefícios do governo: 1() sim 2() não

Se sim. Qual benefício?_____

GENOGRAMA



2. DADOS RELACIONADOS AO RECÉM-NASCIDO (coletados no prontuário)

DN:_____ D alta_____ Tempo Internação:_____

IG DUM:_____ NBallard:_____ Apgar 1º:_____ Apgar 5º:_____

Peso Nascimento:_____

Tipo alimentação: 1() Seio materno 2() mista 3() Artificial

Participou do método canguru: 1() sim 2() não

Problemas clínicos Apresentados:_____

OBSERVAÇÃO:_____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Vivências da infância materna: amamentação, cuidados materno, Vivência da adolescência, sexualidade.

Gravidez: como recebeu a notícia, aceitação, tentativas de abortamento como o companheiro recebeu a notícia.

Vivências do parto

Primeiro encontro com o bebê

Vivências do período de internação

Intenção de abandono

Planos para o futuro

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Proposta de discussão do grupo

- Por que um bebê nasce prematuro?
- Pensou algum momento em abandonar seu bebê?
- O que faz uma mãe abandonar seu filho?
- Papel do pai?
- Papel da família?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais e /ou responsáveis

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO-MESTRADO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Resolução nº 196/96

Sr^a-----

Nome do bebê -----

O bebê prematuro é relatado na literatura como criança de risco para maus tratos, descuidos e possíveis abandono por suas mães; é citado no entanto este comportamento como sendo multifatorial. Diante disso, pretendemos com esta pesquisa avaliar as representações sócias, isto é, pensamentos, crenças, ações e sentimentos das mães sobre esse assunto. Para tanto utilizaremos entrevistas, questionários que serão gravadas e depois transcritas, e de posse desse conhecimento possamos obter uma melhor compreensão das questões que envolvem o abandono de bebês por suas mães e assim poder contribuir para uma revisão de nossas práticas ao lidarmos com essa díade.

Leia atentamente todas as informações antes de dar o seu consentimento.

- 1- Se você participar deste estudo, não haverá nenhum problema institucional, legal ou qualquer risco para você e seu filho (a), uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.
- 2- 2- A sua participação nessa pesquisa é voluntária e sem fins lucrativos.
- 3- 3-Em qualquer momento da pesquisa você poderá ter acesso ao profissional responsável pela pesquisa.
- 4- Você terá total liberdade em deixar de participar dessa pesquisa sem qualquer prejuízo para você e seu filho (a), nem com o tratamento do mesmo, nesta instituição .
- 5- As informações obtidas nesta pesquisa “serão sigilosas.

Declaro que estou ciente das informações acima descritas. O profissional que solicitou a minha participação nesse estudo esclareceu me todos os detalhes da pesquisa, ficando claro para mim, quais são os propósitos desse estudo, assim como minha participação ser isenta de despesas e que, a qualquer momento, se eu quiser, poderei retirar-me sem nenhum prejuízo.

São Luís, _____ de _____ 2007

Comitê de Ética em Pesquisa - Hospital da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227 Centro -São Luís – Maranhão Tel: (98) 3209-1250 – 4º andar

Pesquisador Responsável:

Dr^a Zeni Carvalho Lamy

Presidente Dutra-HU-UFMA

Fone (98) 2109-1000

Pesquisador Orientando:

Rosângela T.Fernandes

Hospital Materno-Infantil-HUUFMA