

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

SYLVIANARA APARECIDA DA COSTA ESCOBAR

PRODUÇÕES DE SENTIDOS SUBJETIVOS DA PREMATURIDADE EM MÃES
PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO DESENVOLVIMENTO DE
CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS

Campo Grande, MS
Março, 2019

SYLVIANARA APARECIDA DA COSTA ESCOBAR

PRODUÇÕES DE SENTIDOS SUBJETIVOS DA PREMATURIDADE EM MÃES
PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO DESENVOLVIMENTO DE
CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Psicologia como requisito parcial para
a obtenção do título de Mestre em Psicologia pela
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Campo Grande, MS
Março, 2019

SYLVIANARA APARECIDA DA COSTA ESCOBAR

Produções de Sentidos Subjetivos da Prematuridade em mães participantes do Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Data da Aprovação:

Banca Examinadora

Professora Dra. Alexandra Ayach Anache - Presidente
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Professora Dra. Maristela Rossato - Membro
Universidade de Brasília

Professora Dra. Maria Angélica Marcheti Barbosa - Membro
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

*Dedico esta dissertação à minha família que
sempre acreditou em mim desde o meu nascimento!
Obrigada por todo apoio, amor e incentivo
tanto no meu desenvolvimento quanto na minha formação acadêmica.*

AGRADECIMENTOS

“Algumas pessoas a gente conhece, outras Deus nos apresenta”
(Autor desconhecido)

Nos dias de hoje, inseridos em uma sociedade guiada por ideais capitalistas, ser grato é um exercício diário a se fazer para lembrar do valor do Outro na nossa vida, pois sempre centrados em nós mesmos, estamos constantemente na busca por algo a mais, algo melhor, e nos esquecemos de que a vida é uma construção coletiva junto ao próximo e no presente.

Sendo assim, saber reconhecer quem nos auxiliou nessa trajetória não é só mais um item a ser colocado em um trabalho acadêmico, mas sim um espaço que nos possibilita refletir que não conseguimos nada sozinho e que o trabalho aqui exposto não é fruto apenas de um esforço pessoal, mas sim de parcerias que acreditaram na relevância do trabalho, pessoas que participaram da construção do mesmo, pessoas que com palavras me motivaram a não desistir, pessoas que me ensinaram com seus atos de paciência e gentileza, todos me ajudaram a dar sentido a essa experiência, afinal o que vivenciamos é o início do processo de se tornar um mestre. Uma nova configuração subjetiva com relação a psicologia foi formada nesse período e agradeço a todos que de alguma forma fizeram parte disso.

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, que sempre ao meu lado, me mostrou o caminho, me sustentou quando não achava ser possível concluir tal etapa e colocou pessoas especiais que me mostraram por onde seguir a cada momento. Ele me ensina a crer sempre mais a cada dia, a confiar e a seguir em frente apesar dos obstáculos.

Agradeço também a minha família e ao meu noivo, que sempre me incentivaram a seguir na acadêmica e continuar meus estudos. Obrigada pelas caronas, pela espera, por entender o domínio do computador, pela paciência, pelas minhas ausências e por me lembrar sempre que o estudo e o conhecimento são importantes sim e isso ninguém nos pode tirar.

Um agradecimento muito especial à minha orientadora professora Alexandra Ayach Anache, que mesmo nos momentos mais difíceis não me deixou desistir, acreditou na minha capacidade profissional e acadêmica, me ofereceu muitas oportunidades, confiou em mim, foi sempre mais que uma orientadora, uma amiga, mãe e exemplo de profissional desde a graduação. Uma pessoa que levo sempre comigo nos aprendizados e no coração. É uma honra ser sempre referenciada à sua figura e pelas lições únicas apreendidas na minha formação.

Agradecimentos especiais também à minha banca do mestrado, professora Dra. Maristela Rossato e professora Dra. Maria Angélica Marcheti Barbosa que aceitaram o convite e contribuíram imensamente nesta dissertação e na minha formação. Obrigada pelas orientações, pelo tempo dedicado e atenção, pelos ensinamentos ao longo do caminho e enriquecimento acadêmico. Ter uma banca multiprofissional, foi um diferencial para a elaboração deste trabalho, demonstrando o quanto as áreas estão interligadas e precisam trabalhar integradas para a verdadeira promoção da saúde.

Também agradeço aos docentes que reencontrei e aos colegas que conheci ao longo do mestrado, com os quais aprendi muito. Cada um com seu referencial teórico, problemáticas diferentes, provocaram a reflexão das práticas realizadas, do olhar sob a psicologia e da produção do conhecimento científico, que culminaram no meu amadurecimento profissional e percepção da importância do mestrado e do doutorado para uma formação profissional crítica e que contribua para a produção de uma psicologia com verdadeiro compromisso social.

Por fim, gostaria de agradecer aos acadêmicos da graduação de psicologia da UFMS com os quais vivenciei a arte de ser professor, sem eles o mestrado para mim seria apenas um título. Após a experiência de ser professora voluntária e supervisora de estágio em saúde tudo mudou e pude entender a importância e responsabilidade envolvidas na formação e aprendizado de futuros profissionais.

Em especial, agradeço à psicóloga Andrea que conheci durante os encontros do grupo de estágio e se tornou uma grande amiga, irmã e mãe, com certeza foi mais um dos anjos que Deus colocou no meu caminho a fim de que mudanças pudessem se concretizar no programa e em mim, apesar dos obstáculos inerentes a caminhada de ambas. Levo sempre comigo no coração apesar da atual distância.

“Um dia, quando olhares para trás, verás que os dias mais belos foram aqueles em que mais lutastes” (Sigmund Freud).

RESUMO

A prematuridade, considerada um grave problema de Saúde Pública, é decorrente de circunstâncias diversas que afetam toda estrutura familiar. No intuito de construir ações preventivas que focalizem os bebês prematuros e seus cuidadores, surgiu em 2011, o Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras, atualmente denominado Programa de Atenção Multidisciplinar aos Prematuros - PAMP. Realizado nas dependências da Unidade Neonatal e no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, após sete anos de funcionamento, novas estratégias, se mostraram necessárias para a evolução do trabalho e ampliação do alcance e reconhecimento da atuação do psicólogo na saúde. Partindo do pressuposto de que as condições emocionais são um fator constituinte da saúde do ser humano e de extrema importância ao seu desenvolvimento, quando nos referimos à situação de prematuridade, a figura da mãe se torna central, pois através da qualidade relacional e afetiva construída com o bebê pode ser um agente qualitativo no seu processo de recuperação. Nesse sentido, os processos e formações subjetivas da mãe são um ponto chave na constituição de uma presença afetiva capaz de potencializar o desenvolvimento do bebê, ou mesmo estagnar, quando essa relação é comprometida, pelos próprios desafios gerados pela prematuridade, como as depressões pós-parto que comprometem o estabelecimento de vínculos. Sendo assim, através da análise das formações subjetivas de mães que vivenciaram a experiência de ter um bebê nascido prematuro a presente pesquisa teve como objetivo analisar como a prematuridade vem configurando-se subjetivamente em mães participantes do Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras realizado em um Hospital Universitário a partir da perspectiva da psicologia histórico-cultural. Para dar conta dos estudos da subjetividade nessa perspectiva, a epistemologia qualitativa desenvolvida por González Rey foi escolhida como base epistemológica e a metodologia utilizada foi a construtivo-interpretativa. Participaram da pesquisa três mães de bebês nascidos pré-termos que estavam internados na Unidade Canguru Como recursos instrumentais foram usados: a dinâmica conversacional, a observação participante, o complemento de frases e uma atividade com figuras. Como resultado, pode-se observar que a prematuridade tem um profundo impacto na subjetividade das mães, devido aos múltiplos aspectos que a afetam em detrimento desse acontecimento que marcam suas vidas, ao gerar várias emoções que as colocam em situação de fragilidade e sofrimento e que podem influenciar diretamente no cuidado do bebê, como a tristeza, culpa, medo, raiva e a impotência. Desse modo, verificamos que o suporte psicológico é essencial, a fim de que as mães e familiares possam compreender o fenômeno da prematuridade e gerar sentidos positivos a essa experiência apesar das dificuldades e situações muitas vezes inesperadas e desconhecidas. Também pode-se verificar que as ações de educação em saúde construídas pelo PAMP são importantes, pois propiciam espaços de construção, expressão e diálogo junto a essas mães. Novas pesquisas se fazem necessárias nas outras etapas do Programa a fim de que se possa demonstrar a importância do trabalho multidisciplinar ao longo do processo de desenvolvimento das crianças nascidas prematuras.

Palavras-chaves: Subjetividade, Saúde, Epistemologia Qualitativa, Prematuridade, Psicologia.

ABSTRACT

The Prematurity is considered a serious public health problem, is due to diverse circumstances that affect every family structure. In order to build preventive actions that focus on preterm infants and their caregivers, the Program for Assistance to the Development of Premature Births, currently called the Multidisciplinary Care for Premature Infants Program (PAMP), emerged in 2011. Performed in the premises of the Neonatal Unit and in the Pediatric Ambulatory of the Maria Aparecida Pedrossian University Hospital, after seven years of operation, new strategies were shown to be necessary for the evolution of the work and to increase the reach and recognition of the psychologist's performance in health. Based on the assumption that emotional conditions are a constituent factor in the health of the human being and of extreme importance to their development, when we refer to the situation of prematurity, the figure of the mother becomes central, because through the relational and affective quality built with the baby can be a qualitative agent in its recovery process. In this sense, the mother's subjective processes and formations are a key point in the constitution of an affective presence capable of favoring the development of the baby, or even stagnate, when this relationship is compromised, by the very challenges generated by prematurity, such as baby blues, - that compromise the establishment of links. Thus, through the analysis of the subjective formations of mothers who experienced having a baby born premature, the present research had as objective to analyze how the prematurity configured subjectively in mothers participating in the Program of Assistance to the Development of Premature Born Children in a University Hospital from the perspective of historical-cultural psychology. In order to account for the studies of subjectivity in this perspective, we choose the qualitative epistemology developed by González Rey as an epistemological basis and we used the constructive-interpretive method for the methodology. Three mothers of preterm infants admitted to the Kangaroo Unit participated in the survey. As instrumental resources we used: a conversational dynamics, a participant observation, a sentence complement and an activity with figures. As a result, it can be observed that prematurity has a profound impact on the subjectivity of mothers, due to the multiple effect of this event that mark their lives, generating several emotions that put them in a situation of fragility and suffering and that can directly influence baby care, such as sadness, guilt, fear, anger, and impotence. In this way, we verified that psychological support is essential so that mothers and their families can understand the phenomenon of prematurity and generate positive meanings for this experience despite the difficulties and situations that are often unexpected and unknown. The actions of health education built by PAMP are important, since they provide spaces for construction, expression and dialogue with these mothers too. New research is necessary in the other stages of the Program in order to demonstrate the importance of the work of multidisciplinary work throughout the development process of children born prematurely.

Key words: Subjectivity, Health, Qualitative Epistemology, Prematurity, Psychology.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS	15
2.1 CONCEITOS, NOMENCLATURA E ETIOLOGIA DA PREMATURIDADE.....	15
2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA PREMATURIDADE.....	17
2.3 PRINCIPAIS ASPECTOS CLÍNICOS DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO.....	19
2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO NASCIMENTO PREMATURO.....	32
2.4.1 A gravidez e a construção da maternidade.....	33
2.4.2 A interação mãe-bebê em situações de nascimento de risco.....	39
2.4.3 A importância do vínculo mãe-bebê: Contribuições da Psicanálise.....	43
2.4.4 O Desenvolvimento Psicológico para a Psicologia Histórico-Cultural.....	46
2.4.4.1 A Abordagem Histórica do Desenvolvimento Infantil.....	46
2.4.4.2 Periodização do Desenvolvimento Psíquico na Infância.....	54
2.4.4.3 A importância dos Programas de Intervenção Precoce.....	63
2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS À PREMATURIDADE.....	66
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	75
3.1 A PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL.....	75
3.1.1 Vygotsky: um novo olhar sobre o homem e seu desenvolvimento.....	78
3.1.2 A Noção de Sujeito para a Psicologia Histórico-Cultural.....	80
3.1.3 A Teoria da Subjetividade.....	81
3.1.4 Saúde e Subjetividade na Psicologia Histórico-Cultural.....	85
4 BASES EPISTEMOLÓGICAS E METODOLÓGICAS DA PESQUISA.....	91
4.1 INTRODUÇÃO À EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA	91
4.2 PRESSUPOSTOS DA EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA.....	93
4.3 OBJETIVO	99
4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	99
4.4.1 Critérios de Inclusão.....	100
4.4.2 Critérios de Exclusão.....	100
4.5 O ESPAÇO DA PESQUISA	101
4.5.1 Breve Caracterização do HUMAP.....	101
4.5.2 Breve Caracterização da Unidade Neonatal.....	101
4.6 CENÁRIO DA PESQUISA	103
4.6.1 Conhecendo o PAMP.....	103
4.6.2 Um pouco da história do PAMP.....	110
4.6.3 Outras Construções para a formação do Cenário da Pesquisa.....	111
4.7 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	112
4.7.1 Dinâmica Conversacional	113
4.7.2 Observação Participante	113
4.7.3 Complemento de Frases	114
4.7.4 Atividade com Figuras	114
4.8 CRITÉRIOS ÉTICOS.....	116
4.9 CONSTRUÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....	116
4.9.1 Apresentação das Participantes	119
4.9.2 Sentidos Subjetivos da Prematuridade	122
4.9.3 A importância do PAMP para as participantes da Pesquisa	130
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
6 REFERENCIAS	137

APRESENTAÇÃO

[...] Há duas formas para viver a vida: Uma é acreditar que não existe milagre. A outra é acreditar que todas as coisas são um milagre (Albert Einstein)

Minha mãe após o meu nascimento prematuro e internação, escolheu viver a vida acreditando que existem milagres. “Graças à nossa senhora Aparecida” dizia ela, “coloquei nas mãos de Deus e da mãezinha, e por isso você tem Aparecida no nome, em homenagem ao milagre que ela concedeu de te permitir o dom da vida”.

Nasci com 8 meses, prematura e uma das únicas coisas que minha mãe lembra é que tive icterícia neonatal, pois na internação tomei banho de luz. “Teve outras complicações, mas não entendia nada, a família toda estava abalada” resumia ela em meio a tantas perguntas. Deste modo, considero que minha ligação com a temática dessa pesquisa vem da minha própria história e por isso também faz sentido a partir dela e da vivência no estágio de promoção da saúde realizado na graduação de psicologia.

Tal estágio foi desenvolvido em 2011 e de início participei do grupo de estudo sobre Prematuridade e poucos meses depois, tal grupo se transformou no Programa de Assistência ao nascimento de crianças nascidas prematuras com a proposta de construir ações para os bebês nascidos pré-termo e seus cuidadores, a fim de prevenir problemas de desenvolvimento, aprendizagem e saúde mental na trajetória de vida dessas crianças.

O mesmo foi realizado na Unidade Neonatal e Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP). Sendo que na Unidade Neonatal, o objetivo era oferecer apoio psicológico às mães e familiares dos bebês nascidos pré-termo internados no setor, possibilitando através da escuta qualificada a compreensão de conteúdos internos gerados na experiência de se ter um bebê pré-termo. Já no Ambulatório, quando da alta hospitalar, as crianças nascidas pré-termo eram avaliadas e orientações eram dadas aos pais quanto ao processo de desenvolvimento e aprendizagem destas.

Durante esse processo fui estagiária e auxiliei na construção e implantação do Programa, produzi vários trabalhos para eventos científicos, pois na época a Rede Cegonha estava sendo implantada em apenas um hospital de Campo Grande e a publicação dos guias de orientações do cuidado aos recém-nascidos prematuros tanto para os profissionais quanto para à estruturação da rede de saúde, ainda não haviam sido publicados, tornando o Programa implantado por nós, inovador e pioneiro no estado de Mato Grosso do Sul.

Entretanto, foi apenas anos depois – após terminar minha residência multiprofissional em saúde em 2016 mais especificamente – que retornei à UFMS e ao dar entrada no Programa de Pós-graduação de Psicologia que a ideia de estudar algo relacionado ao “Programa dos Prematuros”, como ficou conhecido na graduação de psicologia, junto à orientação da Professora Dra. Alexandra Ayach Anache que sempre coordenou o mesmo.

Após retomar leituras da temática da prematuridade, verifiquei que a importância da mãe nesse contexto há tempos é reconhecida, enquanto figura central na constituição e desenvolvimento do bebê. Entretanto, pouco se aborda nos trabalhos publicados na psicologia a respeito dos processos e formações subjetivas das mães como diferenciais na construção de uma presença afetiva capaz de alavancar o desenvolvimento do bebê, ou mesmo estagnar, quando essa relação é comprometida, pelos desafios gerados pela prematuridade, ou as depressões pós-parto que podem comprometer o estabelecimento de vínculos.

Por isso, a minha pesquisa visa identificar os sentidos subjetivos da prematuridade de mães participantes do Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras a partir da perspectiva da psicologia histórico-cultural, de forma a destacar sobretudo a importância da existência de um Programa voltado à problemática da prematuridade, para o fortalecimento e ampliação das intervenções realizadas.

Esse direcionamento da pesquisa, foi dado também em vista da experiência e conhecimento da minha orientadora, que já desenvolve pesquisas com o referencial teórico-epistemológico adotado, porém direcionado ao campo da educação. Além disso, mesmo sendo algo desafiador e novo, me guiar pela Epistemologia Qualitativa (EQ) e pela Psicologia Histórico-Cultural foi um diferencial para a realização deste trabalho. Em especial, a EQ criada pelo professor Dr. Luís Fernando Gonzalez Rey se constituiu o ponto chave nesta pesquisa destacando o valor da pesquisa em psicologia dirigida aos aspectos subjetivos e que privilegia uma visão de saúde que integra os aspectos sociais e individuais dos sujeitos.

Atualmente as Políticas Públicas de Saúde do Brasil e materiais produzidos a partir delas, possuem muitas orientações já com um enfoque nos cuidados da família do bebê prematuro. Entretanto, na prática, poucas ações são vistas na rede de saúde que promovam uma assistência de saúde integral e contínua nessa área, dificultando a prevenção de deficiências, transtornos mentais entre tantos outros.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, os avanços técnico-científicos da Medicina, têm permitido o aumento da sobrevivência de bebês nascidos prematuros (GRUNAU; HOLSTI; PETERS, 2006). No entanto, o nascimento prematuro é considerado um fator de risco na infância, pois aumenta a probabilidade da criança apresentar problemas físicos, sociais e emocionais, podendo influenciar a sua trajetória de desenvolvimento adaptativo (LINHARES, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como prematuro, todo recém-nascido com menos de 37 semanas completas de gestação. Quanto menor a idade gestacional e o peso do bebê, maior o risco de mortalidade, problemas de saúde, de desenvolvimento, etc. O Brasil é o décimo país com mais partos prematuros, cujas taxas se apresentam altas e crescentes, contribuindo para cerca de 45% das mortes entre os recém-nascidos, apesar dos avanços.

Dos 15 milhões de bebês que nascem prematuramente em todo o mundo todo ano, mais de um milhão deles morrem. Esse dado faz parte do estudo *Born Too Soon (Nascidos Muito Cedo)*, realizado pela OMS, que analisa o número de crianças prematuras país a país (SANTOS et al., 2012, p. 789)

Sendo assim, a prematuridade acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração, além de exigir da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Devido a isso e aos elevados números mundiais de nascimentos prematuros, é considerada um grave problema de saúde pública (RAMOS & CUMAN, 2009).

Salge et al. (2009) afirma que a prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas que afetam diretamente toda a estrutura familiar, pois alteram expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. Maldonado (1989) por sua vez destaca que a internação do bebê numa UTI Neonatal se configura como uma “situação de crise”, por isso gera repercussões sobre todo o grupo familiar, podendo comprometer o estabelecimento dos vínculos afetivos.

A hospitalização em si é um fator que desorganiza a dinâmica familiar. Lidar com os acontecimentos inesperados, como a separação do bebê, a possibilidade de agravamento ou perda, faz com que sentimentos de preocupação, angústia, medo e insegurança predominem, causando um descompasso entre o que era imaginado até então e o bebê que acaba de chegar (MARCHETTI & MOREIRA, 2015, p. 83).

Klein e Linhares (2006) afirmam que no período pós-natal, são comuns as enfermidades crônicas nesses bebês, podendo ocasionar hospitalizações que podem repercutir ao longo do

desenvolvimento da criança em diferentes áreas e de diferentes formas. Nesse contexto, a mãe tem um papel fundamental na recuperação do filho nascido prematuro, para a construção e fortalecimento do vínculo afetivo, bem como para o desenvolvimento biopsicossocial da criança, o que justifica a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar que possa intervir nos vários aspectos que envolvem a prematuridade.

Tendo isso em vista foi criado em 2011, o Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras, realizado na Unidade Neonatal e Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Durante o ano de 2017 o programa teve várias modificações e passou a ser denominado Programa de Atenção ao Multidisciplinar aos Prematuros (PAMP) devido à adoção da perspectiva multidisciplinar e integrada do cuidado em saúde em parceria com o “Laboratório de Estudos e Pesquisas em Intervenção Familiar – LEPIF” coordenado pela prof. Dra. Maria Angélica Marcheti, do curso de enfermagem e o “Projeto de Intervenção Precoce e Orientações em Atenção a Bebês de Risco – PIPO”, coordenado pela prof. Dra. Daniele de Almeida Soares Marangoni do curso de fisioterapia, ambos ligados ao Instituto Integrado de Saúde da UFMS.

Na intenção de contribuir com produções científicas ligadas ao Programa a presente pesquisa realizada tem como objetivo analisar como a prematuridade vem configurando-se subjetivamente em mães participantes do Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras realizado em um Hospital Universitário a partir da perspectiva da psicologia histórico-cultural. Participaram da pesquisa quatro mães de bebês nascidos pré-termos que estavam internados na Unidade Canguru. Como base epistemológica foi escolhida a epistemologia qualitativa desenvolvida por González Rey para dar conta dos estudos da subjetividade na perspectiva histórico-cultural, que se constitui o embasamento teórico da pesquisa e a metodologia utilizada foi a construtivo-interpretativa. Por fim, foram utilizados como recursos instrumentais da pesquisa a dinâmica conversacional, a observação participante, o complemento de frases e uma atividade com figuras.

Na tentativa de situar o leitor nesse complexo cenário, esta dissertação foi organizada em três partes. Na primeira parte será apresentada uma revisão das produções científicas sobre os múltiplos aspectos que envolvem a problemática da prematuridade. Em seguida, situamos a fundamentação teórica aprofundando conceitos sobre a psicologia histórico-cultural e sua visão sobre a saúde e a subjetividade. Por fim na terceira sessão serão comentados os aspectos metodológicos utilizados na pesquisa e por fim apresentado a construção das informações obtidas e analisadas ao longo do processo de pesquisa.

2 REVISÃO DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS

A fim de conhecermos os saberes que permeiam a temática da prematuridade de forma atualizada para contextualizarmos a realidade a qual estamos inseridos e suas implicações, começaremos esse primeiro capítulo com uma revisão teórica dos múltiplos aspectos que envolvem a temática em questão.

De acordo com Ramos e Cuman (2009) a prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e muitas vezes imprevisíveis. Ela pode ocorrer em todos os lugares e classes sociais, sendo difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro. Todavia, conhecer e compreender esse processo e os fatores que nele interferem é fundamental para a assistência de qualidade efetiva ao binômio mãe-filho, bem como para otimizar e racionalizar o atendimento prestado em todas as etapas do ciclo reprodutivo, priorizando as ações de prevenção, recuperação e manutenção da vida.

2.1 CONCEITOS, NOMENCLATURA E ETIOLOGIA DA PREMATURIDADE

A prematuridade possui uma variedade de terminologias na literatura, tais como: parto prematuro ou pré-termo, nascimento prematuro, recém-nascido pré-termo, bebê prematuro, criança nascida pré-termo, neonato, desenvolvimento adaptativo entre outras. Sua utilização varia de acordo com as especificidades das áreas, porém, apesar dessas diferenças, que inclusive foram se apresentando de acordo com os avanços tidos na área da neonatologia, podemos chegar a alguns consensos, que são fundamentais para que o trabalho em equipe aconteça.

Segundo a OMS o nascimento prematuro é aquele que ocorre antes de 37 semanas de gestação (<259 dias) desde o início da última menstruação. Período em que o bebê não está completamente desenvolvido para a vida extrauterina, acarretando complicações que ameaçam sua vida ou comprometem seu desenvolvimento (SALGE et al., 2009).

Para Motta (2017) esta definição de 37 semanas é arbitrária, pois se reconhece que mesmo um RN com 37 ou 38 semanas, ambos apresentam maior risco de complicações do que os bebês nascidos com 40 semanas. Sendo assim, podemos determinar o grau de maturidade do bebê recém-nascido prematuro e escolher as melhores estratégias de intervenção levando em conta a idade gestacional do bebê se a subdividirmos em:

- Prematuridade extrema (bebês nascidos abaixo de 28 semanas);

- Prematuridade grave (bebês nascidos entre 28 semanas e abaixo de 32 semanas);
- Prematuridade moderada (bebês nascidos entre 32 semanas e abaixo de 34 semanas);
- Prematuridade quase termo (bebês nascidos entre 34 semanas e abaixo de 37 semanas);

A classificação da prematuridade é importante de acordo com Beck, Wodjyla & Say (2016), principalmente para a classificação da morbi mortalidade neonatal e para avaliação de consequências adversas em longo prazo para a saúde do neonato.

A morbimortalidade neonatal e as diversas sequelas que o recém-nascido prematuro possa vir a apresentar durante sua infância, adolescência e vida adulta estão diretamente associadas com a Idade Gestacional de nascimento. Dentre elas, a prematuridade extrema (nascimento antes das 28 semanas) é a que está mais associada a injúrias neonatais e tardias (FREITAS ET AL., 2011).

Também podemos classificar o bebê nascido prematuro de acordo com o peso no momento do nascimento, pois este se constitui também um fator de risco para o bebê.

Crianças prematuras e com baixo peso ao nascer apresentam risco de mortalidade muito superior a crianças nascidas com peso maior ou igual a 2.500g e a duração da gestação maior ou igual a 37 semanas. Sendo assim, o baixo peso ao nascer e a prematuridade são os fatores mais importantes na determinação da mortalidade neonatal - o baixo peso, podendo ser derivado tanto da prematuridade como do retardo do crescimento intrauterino (BERKOWITZ & PAPIERNICK, 1993).

Desse modo, podemos verificar que o recém-nascido considerado de baixo peso é aquele que no nascimento pese menos que 2500 gramas. De acordo com Kilsztajn et al. (2003) estas classificações ganharam mais variações em razão do aumento da sobrevivência e das características desta população de recém-nascidos nas últimas décadas.

Nesse sentido, as classificações de peso ao nascer além do baixo peso (BPN) passaram a incluir denominações para os bebês com “muito baixo peso” (MBPN), que são aqueles com peso inferior a 1.500g. e a partir da década de 90 tornou-se necessária a inclusão de mais uma categoria, “extremo baixo peso ao nascer” (EBPN) para os bebês nascido com o peso abaixo de 1.000g (PAPAGEORGIOU ET AL., 2007).

A etiologia da prematuridade é multifatorial e varia de acordo com a idade gestacional. Euser et al.(2008) afirmam que aproximadamente 14% dos casos podem ser explicados por fatores maternos e 11% por fatores genéticos fetais. Porém, 40% dos nascimentos prematuros são considerados idiopáticos – ocorrem de forma espontânea ou sem causa aparente.

Dentre os fatores maternos, Gravett, Rubens e Nunes, (2010) destacam que as infecções maternas predominam como causa de nascimento prematuro entre 24 e 32 semanas de gestação. Já o estresse e a distensão abdominal excessiva são predominantes entre 32 e 37 semanas. Também a história materna prévia de trabalho de parto prematuro e o baixo nível socioeconômico da mãe estão relacionados à prematuridade (TUCKER & MCGUIRE, 2004).

Também o avanço da assistência obstétrica e o aumento do número de gestações múltiplas são fatores que tem colaborado para o aumento do número de nascimentos prematuros, provavelmente em decorrência das técnicas de reprodução assistida. Por outro lado, dos óbitos que ocorrem no período neonatal, não relacionados a malformações congênitas, 28% resultam de nascimentos prematuros (DEMARTINI ET AL., 2011).

Motta (2017) relembra ainda vários fatores de risco amplamente reconhecidos incluindo a idade materna avançada, intervalo curto entre as gestações, falta de pré-natal, gravidez múltipla, infecções (como a urinária, sífilis, por HIV, vaginites), doenças maternas (diabetes, hipertensão, anemia, asma, tireoide), consumo de álcool e drogas, atividade física excessiva, anomalias fetais, malformações uterinas, incompetência cervical.

Embora a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros tenha melhorado nos últimos anos, a prematuridade ainda é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal - quanto menor a idade gestacional e o peso do bebê, maior o risco de mortalidade, problemas de saúde, de desenvolvimento psicossocial, deficiências, etc. Além disso, as implicações econômicas desfavoráveis que vão além do período neonatal são cada vez mais preocupantes.

2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA PREMATURIDADE

O acompanhamento estatístico dos nascimentos foi um avanço na área da epidemiologia, pois possibilitou saber quem nasce, como nasce, onde nasce e em que condições. Isso só foi possível no Brasil a partir de 1990, quando o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado pelo Ministério da Saúde, por meio da Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada nacionalmente e preenchida nos hospitais, instituições de saúde onde ocorrem partos, e Cartórios de Registro para partos domiciliares.

O SINASC propicia um aporte significativo de dados sobre a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer, com suas características mais importantes. Esses dados são relevantes para análises epidemiológicas, estatísticas, demográficas, e para a definição de prioridades das políticas de saúde. As informações são consolidadas pelos municípios e estados e compõem o “fechamento” da base nacional (RAMOS & CUMAN, 2009).

Entretanto de acordo com os autores supracitados, tão importante como saber quantos nascem é saber também quantos morrem, especialmente no primeiro ano de vida. Por isso, o coeficiente de mortalidade infantil é expressivo, pois evidencia vários fatores: conhecimento das mães, nível de imunização, disponibilidade de serviços de saúde, disponibilidade de renda e alimentos na família, disponibilidade de água limpa e saneamento básico, entre outros.

De acordo com Ramos e Cuman (2009) a prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países, e os estudos constatam que inúmeras são as causas que levam os bebês a nascerem prematuro, especialmente as relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro) e excesso de líquido amniótico. Outros fatores incluem: a idade materna (maior incidência em mães mais jovens), infecções maternas, primiparidade (mais frequente no primeiro filho).

No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns em bebês pré termo e de baixo peso. Além disso, muitos bebês são acometidos de distúrbios metabólicos, dificuldades para se alimentar e para regular a temperatura corporal (BRASIL, 2013, p. 12).

Em relação aos dados epidemiológicos a respeito do nascimento prematuro estima-se que anualmente nasçam cerca de 15 milhões de recém-nascidos prematuros no mundo, representando mais de um em cada dez nascimentos (WHO, 2015).

O Brasil está na décima posição entre os países onde mais nasce prematuro- o índice por aqui chega a 11,7%, e é a principal causa de morte infantil no primeiro mês de vida segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), sendo que atualmente, a taxa brasileira de mortalidade de crianças abaixo de um ano é de 16/1000 nascidos vivos e cerca de 70% das mortes acontecem nos primeiros 28 dias de nascimento (BRASIL, 2011).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2009) entre 2003 e 2008, verificou-se que foi, sobretudo, entre as mães adolescentes de 12 a 17 anos e de idades mais elevadas acima de 35 anos, que estão as maiores incidências de nascimentos prematuros.

Em 2012, no Brasil, 340.000 bebês nasceram prematuros, segundo o SINASC. Isso significa 931 nascimentos prematuros por dia ou 40 por hora, indicando uma taxa de prematuridade de 12,4%, o dobro de alguns países europeus. (UNICAMP, 2014, p.1). O último resultado dos Indicadores e Dados Básicos (IDB) para a Saúde no Brasil foi divulgado em 2013 e revelou que o número de nascidos vivos, prematuros e com baixo peso foi de 138.625 (MATIJASEVICH ET AL., 2013).

No Brasil a exemplo dos países desenvolvidos, têm-se aumentado a taxa de sobrevivência de recém-nascidos de extrema prematuridade – na faixa de 500 a 1000 gramas, mas também alerta para "[...] o elevado custo da assistência neonatal e os custos econômicos e sociais dos cuidados pós-alta aos recém-nascidos sequelados" (RUGOLO, 2005, p. 104).

De modo geral, os índices são maiores na região Nordeste (14,7%), e menor no Sudeste (11,1%). Destes ainda, quase que 80% desses partos, ocorreram entre a 32ª e a 36ª semana de gestação e, 7,4%, antes das 28 semanas.

No Mato Grosso do Sul, de acordo com os dados estatísticos do Sistema Único de Saúde, referente ao ano base de 2008, de um total de 41.913 nascidos vivos, 7% nasceram pré-termo, enquanto que, em Campo Grande, de um total de 12.816 nascidos vivos, 8,9% nasceram pré-termo (CADERNOS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE, 2011).

Sendo assim, verificamos que Campo Grande se comparado à média nacional possui altíssimos índices de nascimentos prematuros, sendo importante a realização de pesquisas para o planejamento de ações de prevenção, bem como medidas de intervenção precoce a fim de minimizar os impactos dessa problemática para o bebê, sua família e a sociedade.

2.3 PRINCIPAIS ASPECTOS CLÍNICOS DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Talvez a melhor analogia sobre o percurso desses guerreiros seja uma montanha russa, passando por altos e baixos até que se volte à normalidade. [...] há períodos mais tranquilos, com percalços e solavancos menos intensos. Porém, outros tem voltas, *loopings*, enormes subidas e quedas apavorantes, mas mantendo a perspectiva de se chegar integro até o final (ROSSI, 2017, p. 68).

A sobrevida orgânica do recém-nascido prematuro tem melhorado, fazendo com que neonatos com idades gestacionais extremas e/ou de muito baixo peso ao nascimento sobrevivam. Diante disso, faz-se necessário um local que possua recursos tecnológicos, humanos e terapêuticos especializados a fim de proporcioná-lo cuidados mais complexos.

Para Santos, Ribeiro e Santana (2012) esses suportes podem ser encontrados nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), onde a assistência ocorre de maneira contínua, e cujo surgimento tem proporcionando um aumento na sobrevida orgânica dos prematuros. Entretanto, a hospitalização de um recém-nascido prematuro na UTIN está associada também a um número excessivo de procedimentos que podem gerar desconforto, estresse e dor, como as punções venosas, sondagens orogástricas e vesicais, glicemias capilares, realização de curativos, aspiração de vias aéreas, intubação, etc.

Um recém-nascido prematuro na UTIN recebe cerca de 130 a 234 manipulações nas 24 horas, sendo que muitas dessas manipulações são dolorosas. Além disso, ao ser internado em uma UTIN, o RNPT está entrando num ambiente totalmente diferente do útero materno. Os ruídos sonoros são altos e as luzes fortes e contínuas; a ação da gravidade impede seus movimentos e passa a ser excessiva, além de ser imprevisivelmente manuseado, muitas vezes, sem o cuidado adequado para diminuição do estresse e dor (COSTA & TADEU, 2004, p. 20).

Podemos verificar então que a **dor** é uma problemática muito importante para a promoção de cuidado integral e seguro ao bebê nascido prematuro, devendo ser observado e avaliado atentamente pela equipe de saúde devido à inabilidade do bebê em relatá-la verbalmente, pois sua comunicação da dor será expressa na maioria das vezes através de alterações comportamentais e fisiológicas tendo por isso grandes riscos de causar alterações no seu desenvolvimento neuropsicomotor (SANTOS; RIBEIRO e SANTANA, 2012).

O controle da respiração pode ser também um grande desafio para os recém-nascidos prematuros (RNPT). Nesse sentido, a **apneia** aparece como uma das principais intercorrências encontradas nesse grupo ocorrendo em até 80% dos RNPT com peso menor que 1.000 g e quase todos os RNPT menores que 28 semanas a apresentarão (SCHOEN et al., 2014).

Apneia é definida como interrupção do fluxo gasoso pelas vias aéreas, secundária à obstrução ou à parada da respiração por 20 seg. ou mais, ou em tempo menor, porém seguida de bradicardia menor ou igual a 100 bpm, cianose ou palidez. Quando ocorre em RN com menos de 37 semanas, sem uma causa específica, é chamada de apneia da prematuridade (BRASIL, 2017, p. 143).

A transição precoce do feto para o meio extrauterino, em idade na qual seu organismo ainda não está adaptado para tal, exige muito esforço. Entre estes, manter os movimentos respiratórios contínuos e eficazes para que as trocas gasosas pulmonares sejam efetivadas é um desafio. Portanto, mais que uma doença, esse descontrole que muitos RNPT podem apresentar em relação à função respiratória pode ser considerado como uma alteração do desenvolvimento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

Abu-Shaweesh & Martin (2008) afirmam que o controle da respiração no RN envolve mecanismos ainda não muito conhecidos. Ele é realizado por um complexo mecanismo que envolve sistema nervoso central e periférico. A imaturidade fisiológica desses sistemas é que pode desencadear a alteração do ritmo e a frequência dos movimentos respiratórios no RNPT.

Historicamente, sabe-se que os **distúrbios respiratórios** sempre foram os grandes vilões da sobrevivência dos prematuros. Nesse quesito, também “a **doença das membranas hialinas**, mais conhecida como desconforto respiratório do recém-nascido, causou e ainda causa a morte de muitos bebês prematuros” (ROSSI, 2017, p. 68).

Rossi (2017) afirma que no início da década de 70 o uso do CPAP que pode ser traduzido como “pressão de distensão contínua das vias aéreas” trouxe um grande impacto na redução das mortes por membranas hialinas, pois evita o recorrente colapso dos alvéolos dos prematuros durante a expiração, reduzindo seu esforço para uma respiração mais regular. Entretanto a partir da década de 80 surgiram os primeiros relatos de sucesso na reposição de surfactante por instilação por cânula traqueal, tornando-se um marco significativo na Neonatologia, pois trouxe uma enorme redução na mortalidade dos prematuros e infantil.

Atualmente sabe-se que o uso dos ventiladores mecânicos mantém o bebê com trocas gasosas mais adequadas permitindo sua sobrevivência, mas associam-se a um risco de lesão pulmonar (pelo próprio oxigênio ou pressões que o aparelho exerce contra o tecido pulmonar e as vias aéreas). Quando a questão é vida ou morte, a ideia é garantir a vida, visando sempre reduzir eventuais sequelas. Sendo assim “o conceito atual sugere evitar tubos e ventiladores, contanto que a reposição de surfactante e a CPAP sejam suficientes para manter o bebê estável. Caso seja inevitável, deve ser usado o mais breve possível” (ROSSI, 2017, p. 71).

A complicação pulmonar mais temida, embora muitas vezes bastante provável em situações de extrema prematuridade, é a **displasia broncopulmonar (DBP)**.

A DBP ou doença pulmonar crônica (DPC) é uma doença decorrente da associação da prematuridade e da assistência respiratória, notadamente a ventilação mecânica, a que esses RNs possam ter sido submetidos, causando uma alteração estrutural pulmonar com necessidade do uso prolongado da oxigenioterapia. Nas formas mais graves, pode levar a óbito ou alterações futuras do crescimento e do neurodesenvolvimento (BRASIL, 2017, p. 156).

Apesar da importância da assistência respiratória na gênese da DBP, existem várias condições associadas ao seu desencadeamento, que envolve situações pré e pós-natais de cunho inflamatório, infeccioso e nutricional, além da assistência respiratória oferecida a esses RN pré-termo. Alguns trabalhos relatam predisposição genética, porém, a prematuridade e a terapia com oxigênio estão mais diretamente relacionadas à doença (BRASIL, 2017).

Para entender melhor a DBP, é importante saber que os RNPT nascem com pulmões imaturos, e não somente pela ausência ou diminuição de produção de surfactante. Durante o amadurecimento dos pulmões, os alvéolos passam por algumas fases, relacionados a seguir:

- Canalicular: aproximadamente de 16 até 26 ou 28 semanas de gestação.
- Sacular: que se estende de 26 ou 28 até 32 ou 36 semanas de gestação.
- Alveolar: que começa com 32 ou 36 semanas e vai até a IG de termo e mais além, chegando aos dois anos de idade.

Por isso, quando a criança nasce prematuramente, seus alvéolos pulmonares ainda não estão desenvolvidos. Assim, os fatores citados podem interferir nessa maturação, provocando um desarranjo no desenvolvimento estrutural pulmonar, com conseqüente perda de função.

Descrita há quase cinco décadas, a DBP mudou sua apresentação conforme houve maior sobrevivência de bebês mais extremos, melhor compreensão dos fatores causais e melhorias nos cuidados neonatais. Contudo, mantém-se bem frequente principalmente em bebês prematuros extremos, sendo sua incidência e gravidade de manifestações usadas como índices de qualidade quando se comparam diferentes unidades neonatais (ROSSI, 2017).

Schmidt (2002) ressalta que a problemática da nomenclatura se constitui como um fator diferencial quando discutimos as possíveis sequelas da DPC, pois quando a displasia broncopulmonar foi identificada por Northway, em 1967, era uma manifestação mais grave com achados clínicos, radiológicos e patológicos associados aos RNPT que recebiam ventilação mecânica. Agora, ela é chamada de forma clássica ou DBP antiga.

Em 2001, a *National Institutes of Health* a partir de um workshop resolveu em consenso, referir-se a esse processo de doença como displasia broncopulmonar, encerrando a discussão sobre nomenclatura. Além disso, foi proposta uma definição que usa a duração mínima de 28 dias com uma avaliação da gravidade do quadro com 36 semanas de IG ou 56 dias de vida, dependendo da IG (maior ou menor do que 32 semanas) conforme ilustrado abaixo.

Quadro 1 – Definição de Displasia Broncopulmonar, segundo a *National Institute of Health*

Idade Gestacional	< 32 semanas	≥ 32 semanas
Idade de Avaliação	36 semanas de IG ou na alta hospitalar, o que vier primeiro.	> 28 dias de vida (DV), mas < 56 DV ou alta hospitalar, o que vier primeiro
	Tratamento com O ₂ > 21% por pelo menos 28 dias e mais	
Leve	RN em ar ambiente (AA) com 36 semanas de IG ou na alta hospitalar.	RN em AA com 56 DV ou na alta hospitalar
Moderada	Necessidade de < 30% de O ₂ com 36 semanas de IG na alta hospitalar.	Necessidade de < 30% de O ₂ com 56 DV na alta hospitalar.
Grave	Necessidade de ≥ 30% de O ₂ e/ ou pressão positiva (VPP/CPAP) com 36 semanas de IG ou na alta hospitalar.	Necessidade de ≥ 30% de O ₂ e/ou pressão positiva (VPP/CPAP) com 56 DV ou na alta hospitalar.

Fonte: (JOBE; BANCALARI, 2001).

Posteriormente, em 2005, o grupo de pesquisadores buscou validar a citada definição e classificação e usou o referido instrumento em um seguimento longitudinal de prematuros. Foi realizada uma pesquisa que envolveu 4.866 RNPT com IG < 32 semanas e PN < 1.000 g que sobreviveram até 36 semanas de IG. Destes, 79% (3.848) foram avaliados com 18 a 22 meses de idade corrigida e classificados por gravidade de DBP (BRASIL, 2017). Os resultados em termos de neurodesenvolvimento e crescimento estão na tabela abaixo:

Quadro 2 – Neurodesenvolvimento e crescimento, segundo a BDP (consenso)

DPB	Sem DBP	Leve	Moderada	Grave
Total = 3.848	n = 876	n = 1.186	n = 1.143	n = 643
Paralisia cerebral (%)	8,1%	11,3%	17%	26,8%
MDI < 70 = “Bailey mental”	21	25,6	35,1	49,8
PDI < 70 = “Bailey psicomotor”	12,2	16,4	26,1	41,1
Cegueira unilateral (%)	0,23%	0,17%	1,1%	1,6%
Cegueira bilateral (%)	0,11%	0,68%	1,2%	2,2%
Surdez (%)	0,82%	2,7%	3,7%	6,0%
Retardo mental (%)	21%	25,6%	35,1%	49,8%
Comprometimento neurológico (%)	28,1%	34,4%	44,6%	61,9%
Peso abaixo do 10º percentis (%)	48,8%	49,8%	55,2%	62,6%
Oxigenioterapia domiciliar (%)	2,7%	7,5%	57,8%	62,1%
Idade à suspensão do O2 (meses)	7,3	7,2	7,6	9,7

Fonte: (EHRENKRANZ et al., 2005).

Nesta tabela, podemos não só visualizar os desfechos relacionados à DBP, mas também a sua associação com a gravidade do quadro. Observe que as diferenças são crescentes (conforme a gravidade) e que os RNPT sem displasia e aqueles com um quadro leve assemelham-se em muitos aspectos. Nem toda DBP é igual e por isso, é importante saber diferenciar a sua gravidade para conhecer os riscos e planejar o acompanhamento.

Devido aos vários desfechos associados à DBP é necessário realizar o seguimento dessas crianças que deve ser considerado conforme a gravidade do quadro. Entretanto, é importante ressaltar que os sintomas respiratórios diminuem com a idade (até 12 anos), embora os testes de função pulmonar possam melhorar ou não, dependendo da gravidade da doença.

Outro aspecto clínico frequente do RNPT é a **anemia da prematuridade** que ocorre por uma queda progressiva da hemoglobina, associada à baixa contagem de reticulócitos e à presença de hipoplasiaeritroide na medula óssea (STOCKMAN, GARCIA E OSKI, 1977).

São muitos fatores que contribuem para a alta prevalência da anemia da prematuridade, mas como mecanismos básicos estão à baixa produção de eritrócitos, sua curta vida útil e perdas sanguíneas frequentes dos RNPT, principalmente os assistidos nas UTIN.

No RNPT, assim como em outras fases da vida, o que determina o comportamento dos níveis de hematócrito ou hemoglobina é resultante do balanço entre os fatores que contribuem para a diminuição dos índices hematimétricos e aqueles que promovem o aumento da produção de hemácias, ou seja, a produção inadequada de eritropoietina endógena, em resposta à anemia e à menor disponibilidade de oxigênio nos tecidos (BRASIL, 2017).

Outros fatores são o crescimento rápido do RN pelo aumento da volemia e o predomínio da Hb F no RNPT. A Hb F tem maior afinidade pelo oxigênio do que o adulto, resultando em menor liberação destes aos tecidos, o que contribui mais para a morbidade resultante da anemia (BRASIL, 2017).

De acordo com Kopelman et al. (2004) o último trimestre de gestação é decisivo para que as reservas de ferro sejam feitas e caso elas estejam reduzidas, pode haver prejuízo na recuperação da anemia da prematuridade. Esta redução de ferro pode ser aumentada no RNPT devido também às perdas sanguíneas continuadas. Estes fatores somados podem expor o RNPT a uma necessidade maior de hemotransfusão.

As transfusões de hemocomponentes apresentam risco de transmissão de infecções como vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV), vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites A, B, C e citomegalovírus. Também foram descritas alterações imunológicas, como reações hemolíticas e imunomodulação, podendo ainda ocorrer sobrecarga hemodinâmica, hipotermia, hipercalemia e aumento de ferritina sérica (BRASIL, 2017, p. 166).

Sendo assim, o objetivo da terapêutica da anemia da prematuridade é evitar que ocorram distúrbios clínicos pela diminuição na oferta tecidual de oxigênio. A terapêutica deve considerar todos os aspectos envolvidos na fisiopatologia da anemia da prematuridade para impedir a diminuição dos índices hematimétricos e fornecer substrato necessário para a produção de eritrócitos, reservando a utilização de hemácias para situações bem definidas.

Outro aspecto clínico ligado a sobrevivência e as morbidades dos RNs é a **manutenção da temperatura corporal**, principalmente naqueles que são RNBPN. Esta labilidade térmica pode resultar em superaquecimento (**hipertermia**) e/ou esfriamento (**hipotermia**), sendo que este desequilíbrio na temperatura pode resultar em danos para saúde.

A temperatura ideal, ou seja, o meio ambiente térmico neutro, para os RNs, é muito variável, pois, além do peso, da idade gestacional e da idade cronológica, ele depende também

das condições clínicas individuais. Como o RNBP é particularmente dependente do cuidador para promover um ambiente térmico ideal, é necessária atenção as variáveis de temperatura para assegurar sua sobrevivência, crescimento e desenvolvimento adequados.

Pierre Budin, já em 1907, atentou para o problema e as graves repercussões clínicas decorrentes da hipotermia, porém ainda é comum acontecer (CHITTY E WYLLIE, 2013).

Estudo multicêntrico nacional encontrou 51% de hipotermia em RN entre 22 e 33 semanas de idade gestacional admitidos em UTI Neonatal, utilizando como ponto de corte para hipotermia a temperatura axilar de 36°C. Provavelmente esta frequência seria maior se tivesse sido considerado o corte preconizado pela OMS, menor que 36,5°C (ALMEIDA ET AL., 2014, p. 34)

Ainda segundo o autor supracitado são muitas as morbidades relacionadas à hipotermia, como problemas respiratórios, infecções, hipoglicemia, hemorragia perintraventricular, dificuldade de ganho de peso, perda de peso, insuficiência renal, enterocolite necrosante, além de estar associada à maior mortalidade neonatal.

Estudos de Laptook, Salhab e Bhaskar (2007) mostram que para cada 1°C de queda na temperatura corporal à admissão do RN, há aumento de 28% na mortalidade neonatal. Mesmo em países de clima tropical como o Brasil a hipotermia nos RNPT também é frequente.

A variação da temperatura do RN, de acordo a OMS, tem uma faixa considerada normal, que é de 36,5°C a 37,5°C. Além disso, classifica ainda como hipotermia leve de 36°C a 36,4°C, hipotermia moderada de 32°C a 35,9°C, e hipotermia grave menor de 32°C.

Desde o nascimento, o RNBP pode ser exposto a situações que exigem maior produção de calor, mas sua capacidade de produzi-lo é limitada. “O RNBP, perde calor ao nascer, durante o transporte e cuidados nas unidades neonatais, portanto as primeiras 24 horas são cruciais para que medidas protetivas sejam instituídas” (BRASIL, 2017, p.170).

Bissinger e Annibale (2010) afirmam que a atenção é fundamental na primeira hora após o nascimento, chamada de “*golden hour*”, por isso é necessário a implementação de boas práticas que poderão minimizar o estresse ao qual é submetido o Recém Nascido. Entre elas está a manutenção da sua estabilidade térmica de modo que ele tenha menor gasto calórico.

Ao nascimento, quando o neonato está nu, molhado e parcialmente asfixiado, há uma perda abrupta de calor se medidas preventivas não forem tomadas. Um RN, sem roupas após o nascimento, exposto a um ambiente de 23°C sofre ações do frio semelhante à de um adulto exposto a 0°C. Porém, isso se torna dramático quando se trata de RN prematuro de muito baixo peso asfixiado. Por tudo isso, atenção especial deve ser dada à temperatura da incubadora de transporte na remoção do RN da sala de parto para a unidade neonatal (ROSSI, 2017, p. 60).

São vários os fatores que propiciam esta perda da produção de calor. Quanto mais imaturo, maior a perda de água e, conseqüentemente, de calor, sendo que em RNPT menores que 25 semanas esta perda pode ser 15 vezes maior que a do RNT. Além disso, o RN de muito baixo peso, por ter o tônus diminuído, apresenta dificuldade de se manter em flexão, aumentando assim a perda de calor (KNOBEL, 2014).

A metodologia Canguru tem vários aspectos que contemplam a prevenção da hipotermia, entre eles a posição canguru, ou contato pele a pele pode evitar a perda de calor corporal desde a sala de parto até o pós-alta hospitalar e está associada à manutenção ou ao aumento moderado de calor durante esse posicionamento (BOUNDY et al., 2016).

[...] os neonatos em posição canguru não sofrem hipotermia e a manutenção da temperatura corporal é semelhante à obtida em uma incubadora bem controlada, além de propiciar o aleitamento materno em RN em condições de sugar o seio, evitando-se a hipoglicemia, que pode ser causa ou consequência de hipotermia. Recente metanálise achou uma redução de 78% no risco de hipotermia em RN na posição canguru (BOUNDY et al., 2016, p. 69).

Outro aspecto clínico importante e frequente é a denominada **retinopatia da prematuridade (ROP)** que ocorre em decorrência do deslocamento de retina. De acordo com Fortes Filho et al. (2007) a mesma é a maior responsável pela cegueira infantil devido a uma maior sobrevivência de prematuros de muito baixo peso nos últimos anos.

Inicialmente foi denominada por Terry, em 1942, fibroplasia retrolental e acreditava-se na proliferação do sistema hialoide embrionário como decisivo no desenvolvimento da doença. Em 1949, Owens e Owens constataram que se desenvolvia no período pós-natal e, em 1951, Campbell sugeriu a oxigenioterapia como causa (RECCHIA & CAPONE, 2004).

Há algumas décadas, a sobrevivência de prematuros mais extremos era seguida de lesões oftalmológicas tão graves quanto a perda visual completa. Nesta época os cuidados neonatais eram bem diferentes, a coleta das gasometrias não era possível e não existiam os oxímetros de pulso que permite o ajuste da oferta suplementar de oxigênio aos bebês. Não se conhecia a repercussão ocular (nem a outros órgãos) da exposição a altas concentrações de oxigênio nas incubadoras, pois acreditava-se que "se um pouco de oxigênio é bom para alguns bebês porque não usar maiores concentrações?" Mais tarde essa oferta exagerada de oxigênio e as repercussões sobre a retina dos prematuros foi considerada um dos grandes erros da Neonatologia (ROSSI, 2017, p. 81)

Para Fortes Filho et al. (2007) a ROP trata-se então de uma vasculopatia proliferativa retiniana em recém-nascidos pré-termo de baixo peso, que cursa com alteração na arquitetura

retiniana e consequente acometimento parcial ou total da visão. A etiologia é multifatorial, mas o fornecimento de oxigênio suplementar é decisivo no estabelecimento da doença.

No Brasil, estima-se que 16.000 recém-nascidos por ano desenvolvam ROP, sendo que destes 562 evoluem para cegueira. No entanto, a ROP pode ser evitada e por isso, o diagnóstico na fase inicial da doença é fundamental (VENTURA et al., 2002).

O oftalmologista deve sempre avaliar o recém-nascido pré-termo, pois apesar da ROP não se estabelecer no nascimento e sim após algumas semanas de vida geralmente a primeira avaliação deve acontecer entre os 30 e 42 dias de vida, ou antes da alta hospitalar, sendo que o pico das anormalidades dos vasos retinianos ocorre perto das 36 semanas de idade gestacional pós-concepção. Tal avaliação oftalmológica deve ser repetida a cada uma ou duas semanas inicialmente, até que haja segurança quanto à estabilidade das alterações vasculares.

A **icterícia** constitui-se em um dos problemas mais frequentes do período neonatal, inclusive entre bebês de termo, o que corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia, ou seja, é um acúmulo da substância denominada bilirrubina em grande quantidade dentro das nossas células vermelhas – hemácias. A bilirrubina é uma substância que se acumula no tecido gorduroso, tornando a pele amarelada e não é lesiva ao organismo em concentrações normais, entretanto o bebê prematuro que possui menos tecido gorduroso de reserva, muitas vezes engana o examinador na avaliação clínica, podendo a icterícia passar despercebida. Nesses casos, os exames laboratoriais para verificar o nível desta substância no sangue são essenciais.

A importância em saber o nível sanguíneo da bilirrubina deve-se ao fato importantíssimo de que níveis excessivamente elevados da substância podem causar danos aos pacientes, por provocar depósitos em regiões do sistema nervoso central, como a audição.

Os bebês prematuros apresentam icterícias prolongadas, por vezes além da primeira semana de vida. O uso da fototerapia, tradicionalmente conhecido como banho de luz, permite uma alteração na molécula da bilirrubina, tornando-a eliminável através dos rins, auxiliando em sua diminuição circulante e aumentando a segurança para os bebês.

Para Newell (2000) o nascimento de um RN pré-termo representa também uma **emergência nutricional** que tem impacto no desempenho da criança na UTI neonatal e em toda a sua vida, visto que apresentam algumas características diferentes dos nascidos a termo:

Eles têm alto metabolismo, afinal estão em formação, têm pouca reserva devido à passagem de gordura ocorrer em maior quantidade no final da gravidez, tem maior necessidade de proteína, para a construção dos órgãos e dos tecidos, têm maior perda de água insensível e, por isso, devem ficar em incubadora, de preferência umidificada, e têm peristalse intestinal mais lenta, podendo ter dificuldade na progressão da dieta enteral (BRASIL, 2017, p. 180).

De acordo com Barker (1995) há relatos de morte por inanição quando há negligência na questão do planejamento do suporte nutricional. Não havendo o óbito, certamente haverá dano permanente ao paciente que não tenha um plano terapêutico adequado. Sendo assim, a nutrição se torna um dos aspectos clínicos essenciais para uma boa evolução do RNPT.

As primeiras quatro semanas de vida são fundamentais. São janelas nas quais uma inadequada nutrição pode “programar” o desenvolvimento de doenças na vida adulta. Daí a ideia de *programming* de Barker: períodos críticos da vida fetal e neonatal, nos quais uma injúria ou um déficit pode resultar em dano metabólico permanente. Por isso, o crescimento intrauterino restrito aumenta o risco de doença cardiovascular, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 (BARKER et al., 1993, p. 28).

Rossi (2017) destaca que além dos distúrbios da glicose, alterações do sódio, potássio, cálcio e magnésio devem ser pesquisados e tratados, pois são comuns em UTI Neonatal. De maneira geral, quanto menor e mais frágil o bebê, mais frequentes serão essas anormalidades.

Outrora, o conhecimento de terapia nutricional do adulto ou da criança maior era transportado para o período neonatal. Com mais estudos sobre isso, a lógica da terapia mudou e agora o objetivo é tentar mimetizar a oferta que o RN estaria recebendo se ainda estivesse no útero, ou seja, altas taxas de aminoácido no início da gestação e maior oferta de gordura no início do terceiro trimestre (PREMER; GEORGIEFF, 1999; THUREEN & RAY 2000).

Além da mudança na lógica de prescrição da terapia nutricional, passando do modelo do adulto/criança maior para a mimetização da vida fetal, outras mudanças permitiram uma melhor abordagem nutricional para o RNPT, tais como menor utilização de corticoide e uso criterioso de aminas vasoativas – substâncias que alteram o metabolismo e o crescimento da criança e que eram rotineiras em unidades neonatais no passado recente.

Também no passado houve dúvida de qual dieta iniciar para o RNPT e o temor da **enterocolite necrosante** fez com que fossem utilizados soro glicosado, fórmulas lácteas diluídas e até leite materno diluído. Também houve a sugestão de utilizar fórmula hidrolisada. Contudo, não há mais dúvida – o melhor leite para o pré-termo é o leite de sua mãe.

A enterocolite necrosante é a situação potencialmente mais grave que acomete o trato digestivo do RNPT. Tendo origem multifatorial, como várias das condições ligadas a prematuridade, pode se apresentar como um quadro pouco sintomático, com dificuldade em progredir a oferta da dieta enteral e distensão do abdome, chegando a quadros como sofrimento e dano irreparável às alças intestinais, nos quais a abordagem cirúrgica é fundamental para a definição da extensão da lesão e remoção de áreas de necrose irreversível (ROSSI, 2017, p. 79).

Na enterocolite necrosante, os primeiros estudos anatomopatológicos de pacientes que faleceram em decorrência da doença mostravam, à microscopia, áreas de asfixia tissular. Isso fez com que muitos achassem que isso seria a causa, por isso a conduta, no passado, de deixar em dieta zero paciente com asfixia perinatal. Estudos posteriores provaram que, na verdade, era consequência da cascata de inflamação na mucosa acometida. Também provaram que a enterocolite necrosante acomete mais pacientes que tiveram jejum prolongado e que receberam fórmula láctea (NEU; WEISS, 1999; DAVID et al., 2008).

O leite da mãe tem proteína de melhor qualidade, lipídio estruturado, componentes enzimáticos que variam de acordo com a idade gestacional, fatores de crescimento e o esvaziamento gástrico é mais rápido. O leite da mãe do pré-termo tem concentração cinco vezes maior que o da mãe do a termo de imunoglobulinas, lactoferrina, lisozima e anticorpos contra os patógenos nosocomiais. Esse efeito é potencializado se a mãe tocar o RN e, na ilha de assistência, entrar em contato com a microbiota, em especial se fizer a posição canguru (pele a pele). Há ainda substâncias que melhoram o desenvolvimento retiniano e cerebral e são fundamentais na formação da microbiota (microbioma) e consequente imunomodulação (DJOURMERSKA-ALEXIEVA et al., 2014).

Sendo assim, podemos concluir que o leite materno não apenas transfere imunidade, também modula a trajetória e o desenvolvimento do sistema imunológico sendo um diferencial na terapia nutricional. Além disso, o neonatologista junto à equipe multiprofissional deve estar sempre vigilante em relação ao percurso nutricional do RNPT a fim de identificar possíveis complicações nesse período, como o da enterocolite necrosante, visando a sua prevenção e, se necessário, detecção e abordagem precoces.

Se no passado a maior preocupação era manter a sobrevivência de um bebê prematuro extremo, hoje temos vários recursos que auxiliam na superação dessa primeira fase. Sendo assim nas últimas décadas, o objetivo não tem sido só diminuir a mortalidade dos prematuros, mas garantir um bom futuro e qualidade de vida a esses bebês, para isso, o prognóstico mais importante associa-se aos riscos neurológicos a que os bebês estão expostos (ROSSI, 2017).

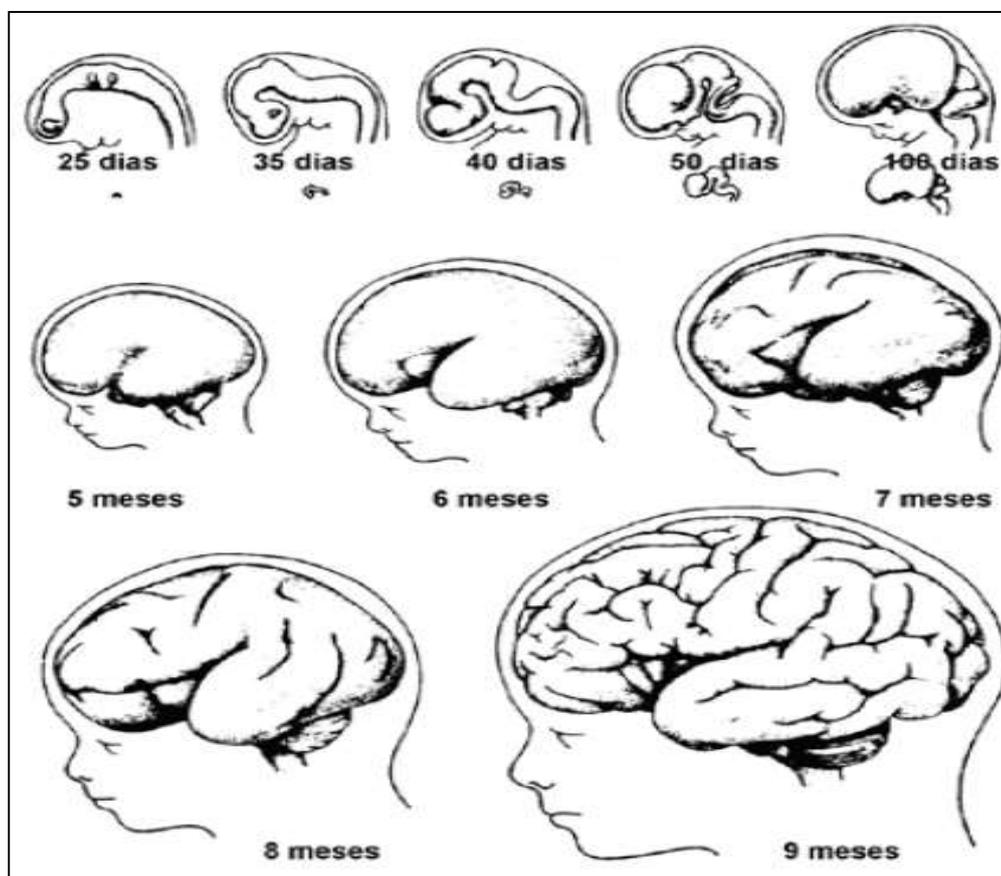
O Sistema Nervoso Central (SNC) infantil apresenta um dinamismo evolutivo muito intenso e, para entender seu processo de desenvolvimento e amadurecimento, é essencial a correlação entre a estrutura e a função, ou seja, o desenvolvimento de determinada função depende do amadurecimento de seu substrato neural anatômico correspondente. Tal amadurecimento decorre fundamentalmente de eventos aditivos/ progressivos – proliferação e

migração neuronal, organização e mielinização; e subtrativos/regressivos – morte neuronal/apoptose, retração axonal e degeneração sináptica.

Cada fase do desenvolvimento e crescimento cerebral tem seu tempo e não ocorre individualmente, sobrepondo-se à evolução da gestação. O nascimento prematuro interrompe a evolução normal desses eventos e as crianças nascidas prematuramente são consideradas de risco em relação ao neurodesenvolvimento e às incapacidades funcionais.

Isso acontece devido à vulnerabilidade do cérebro na ocasião do nascimento conforme ilustrado na Figura 1:

Figura 1 – Desenvolvimento encefálico no feto



Fonte: Cowan, 1979.

Sendo assim, durante o período em que o RNPT passa na UTI neonatal após seu nascimento, ocorre grande crescimento cerebral, que se dá, principalmente, pela multiplicação de células gliais e pelo estabelecimento de inúmeras conexões neurais, já que com 20 semanas já ocorreu a maior parte do processo de proliferação e migração neuronal, e a maioria dos neurônios já se encontra em seu local definitivo no córtex cerebral (BRASIL, 2017).

Todo esse desenvolvimento é controlado pela interação entre os genes e o meio ambiente. Devido ao número limitado de genes (cerca de 30 mil), fica difícil o controle da organização de cerca de 86 bilhões de neurônios e de trilhões de sinapses sem a participação de um meio ambiente adequado (BRASIL, 2017).

No nascimento prematuro diferenças relativas à idade gestacional, existência de lesões hemorrágicas ou isquêmicas, ocorrência de hipóxia ou anóxia pré, peri ou pós-natal, hipoglicemia, hipotireoidismo, hiperbilirrubinemia, infecções, doenças pulmonares, necessidade de ventilação assistida e condições nutricionais após o nascimento podem interferir na capacidade de maturação do cérebro (ZOMIGNANI ET AL., 2009, p. 202).

Sendo assim, parte-se de uma análise da idade gestacional, na qual é possível sugerir quais etapas do desenvolvimento cerebral já foram ou estão sendo cumpridas e fazer hipótese a respeito de possíveis explicações para a situação encontrada.

Volumes cerebrais diminuídos geralmente relacionam-se a idades gestacionais menores, quando a formação e o crescimento neuronal ainda não foram completados. Volumes aumentados também ocorrem em prematuros com idade gestacional mais avançada, demonstrando alteração na fase de apoptose, retração e degeneração sináptica (ZOMIGNANI ET AL., 2009, p. 202).

De acordo com Rossi (2017) com um sistema nervoso em formação, extremamente frágil e sujeito a flutuações que surgem no trajeto da montanha-russa que se estabelece ao nascer, o bebê nascido pré-termo apresenta estruturas propensas a lesões hemorrágicas (sangramentos) e de isquemia (oferta sanguínea inadequada).

Diferentes graus de hemorragia têm diferentes correlações com prognóstico de desenvolvimento neurológico do prematuro e são definidos por ultrassonografia de cérebro, que pode ser realizada à beira do leito. Esse é mais um desses momentos em que todos os envolvidos se veem em uma encruzilhada, pois uma imagem normal acalma apenas até os próximos exames. No geral são feitas imagens seriadas, mais frequentes no primeiro mês de vida, ou de acordo com algum achado anterior a fim de verificar a necessidade ou não da realização de uma intervenção neurocirúrgica (ROSSI, 2017).

Ainda de acordo com o autor supracitado as lesões isquêmicas tiveram uma descrição posterior às hemorrágicas. Muitas vezes elas não estão presentes nos exames iniciais de ultrassonografia, mas surgem em exames mais tardios e podem acometer áreas ligadas a aspectos motores, além de áreas da cognição. Na prática atual, a ressonância magnética ainda é

de difícil execução, pois deve ser realizado em um ambiente externo a UTI Neonatal com eventuais riscos associados ao transporte, resfriamento e o uso de sedação no bebê.

Quanto às funções comprometidas, devido às alterações cerebrais causadas pela prematuridade, são citados déficits relacionados ao quociente de inteligência, memória, cognição global, desenvolvimento psicomotor, aprendizado, linguagem, habilidades visomotoras, planejamento, pensamento racional e atenção (ZOMIGNANI ET AL., 2009).

Diante do exposto, podemos concluir que são esperadas repercussões funcionais ou cognitivas decorrentes das alterações cerebrais em crianças, adolescentes e adultos nascidos prematuramente, visto que a prematuridade interfere nos processos maturacionais do cérebro e, portanto, pode levar a alterações anatômicas e estruturais, as quais acarretam déficits funcionais. Esses déficits funcionais podem se perpetuar até a adolescência e idade adulta. Entretanto, “as imagens apesar de servir para nortear os rumos do tratamento a ser dado aos bebês junto à família, ainda hoje com os conhecimentos atuais é difícil definir completamente o futuro desenvolvimento neurológico desses pacientes” (ROSSI, 2017, p. 76).

2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA PREMATURIDADE

Antes de uma criança falar, podemos imaginar tudo. Diante da doença, as mães perdem a imaginação. E preciso trabalhar com estas mulheres em sofrimento dando-lhes tempo para que descubram seus bebês (Catherine Mathelin)

De acordo McCourt (2007) a prematuridade por si só não afeta necessariamente a qualidade das interações do vínculo mãe-bebê, entretanto, o impacto do parto prematuro como evento traumático e o período de internação em UTI, que é uma experiência particularmente difícil para a família e para o bebê, podem fazer com que essa mãe desenvolva um estresse emocional como ansiedade, depressão e até transtorno de estresse pós-traumático se constituindo como um fator risco para as interações entre a mãe e seu bebê.

Nesse sentido, para que possamos abordar os aspectos psicológicos envolvidos no nascimento prematuro, é necessário comentarmos a respeito dos sentimentos e emoções que perpassam essa problemática, tais como a construção da maternidade, os impactos da internação em UTI, a importância do vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento do psiquismo no bebê para que possamos entender de que forma tais aspectos podem influenciar nas configurações subjetivas maternas e sua relação com o desenvolvimento do RN prematuro.

2.4.1 A gravidez e a construção da maternidade

De acordo com Santos e Teixeira (2017) os processos da gestação e do nascimento constituem eventos sociais, que marcam a vida da mulher, envolvendo também o parceiro e sua família, numa experiência permeada de significados. Além disso, durante a gravidez e o parto, as mulheres enfrentam inúmeras modificações hormonais, fisiológicas e emocionais e expressam, neste contexto, simbologias, valores e crenças, que são estabelecidas e fortalecidas por uma estrutura social e cultural sobre o que é gestar.

Compreender a maternidade como fenômeno cultural e não natural e biológico, é o primeiro passo para podermos conhecer as implicações deste conceito na constituição subjetiva da mulher enquanto ser imerso em um determinado momento histórico e cultural. Nesse sentido, “ninguém nasce mãe, torna-se mãe” (BEAUVOIR, 1980, p. 09).

Partimos então, da ideia de que, historicamente, o valor dado ao relacionamento mãe-criança nem sempre foi o mesmo, sendo que as variações que as concepções e práticas relacionadas à maternagem apresentam são produzidas por uma série de agenciamentos sociais, dentre os quais os discursos e práticas científicas assumem um importante papel.

De acordo com Chodorow (1990) durante um longo período, a maternagem foi pensada como intrinsecamente relacionada à maternidade, como função feminina por excelência, concernente à natureza da mulher, embora alguns autores apontem para o fato de que essa dedicação da mulher ao papel materno deva-se muito mais “a uma transposição social e cultural das suas capacidades de dar à luz e amamentar.

Diversas revisões históricas acerca da instituição familiar (ARIÉS, 1981, CHODOROW, 1990, DONZELOT, 1986) sugerem que a exaltação ao amor materno é fato relativamente recente dentro da história da civilização ocidental, constituindo-se esse tipo de vínculo, descrito como “instintivo” e “natural”, em um **mito** construído pelos discursos filosófico, médico e político a partir do século XVIII.

Quando o papel da mulher nessa relação é focalizado, a função biológica da maternidade deve ser, a princípio, distinta daquilo que se convencionou denominar cuidados maternos ou práticas de maternagem. Sobre essas práticas, a cultura nas diversas sociedades tem estabelecido convenções guiadas pela produção dos mais variados campos de conhecimento que reforçam e, ou naturalizam certos comportamentos e práticas.

Vamos a partir de agora então retomar um pouco do processo de construção histórico e social da maternagem a fim de entender como chegou ao que é hoje e seu significado social.

Retornando à Idade Média e à Antiguidade Badinter (1985) identificou uma desvalorização da maternidade em todo esse período, devido à ênfase dada ao poder paterno que acompanhava a autoridade marital. O homem era percebido como superior à mulher e à criança, concebido como algo inerente à natureza humana, que o dotaria de uma autoridade natural sobre a esposa e os filhos.

Nesse contexto, o homem ocupava o lugar central da família e a condição da esposa e das crianças era de submissão a sua autoridade. O casamento era realizado por contrato, segundo necessidades econômicas e alianças políticas, inibindo expressões de afetividade entre os cônjuges, sendo o amor conjugal considerado desnecessário a um bom casamento.

Ariés (1981), em trabalho no qual discute o desenvolvimento do sentimento de infância na Europa, sugere que seu aparecimento se relaciona às transformações pelas quais a família medieval teria passado até adquirir as características identificadas na modernidade. De acordo com o autor, na Idade Média as crianças permaneciam vinculadas às famílias (dos 07 a 10 anos), quando eram entregues a outras famílias (por contrato ou não) para receberem instrução na condição de aprendizes do exercício das tarefas domésticas cotidianas, sendo o convívio constante com os adultos parte desse processo.

Dessa forma, assim que podia prescindir dos cuidados da mãe ou da ama, a criança passava à condição semelhante à do adulto, misturando-se a eles em todas as atividades sociais. A criança pequena não era levada em conta, o que, de acordo com Ariés justificava-se em parte pela fragilidade física, que tornava sua sobrevivência pouco provável nas condições da época. Badinter (1985, p. 87), contudo, examinando a justificativa corrente ao desinteresse materno até o século XVIII, qual seja, a elevada mortalidade infantil no período (25% dos nascidos vivos) que não permitiria à mulher apegar-se a uma criatura com tão poucas possibilidades de sobrevivência, inverte essa afirmativa, **questionando se não seria justamente a falta de apego das mulheres a seus filhos que determinaria a alta mortalidade (grifo nosso).**

Já a partir do século XVII, transformações indicam a emergência de um novo sentimento familiar associado à valorização da infância, que só serão mais aceitas no final do século XVIII. Entre elas, a modificação dos hábitos educacionais, passando da aprendizagem cotidiana doméstica à escolarização da infância e a modificação da condição de transmissão de bens, com o reconhecimento da igualdade entre filhos no direito à herança (ARIÉS, 1981).

Com, isso, o foco ideológico vai se deslocando progressivamente da autoridade paterna ao amor materno, pois a nova ordem econômica em vigor impunha, entre outros, a sobrevivência das crianças. Sendo assim, a partir de 1760, inúmeras publicações passaram a exaltar o “amor materno” como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade, incentivando a mulher a assumir diretamente os cuidados com a prole.

Dessa forma, em defesa da criança dois diferentes discursos contribuíram para modificar a atitude da mulher perante os filhos: (1) um discurso econômico, apoiado em estudos demográficos, que demonstrava a importância do numerário populacional para um país e alertava quanto aos prejuízos de um suposto declínio populacional em toda a Europa e (2) uma nova filosofia – o liberalismo – que se aliava ao discurso econômico, favorecendo ideais de liberdade, igualdade e felicidade individual (BADINTER, 1985).

No campo das relações sociais, houve o desenvolvimento da noção de vida privada e a relação conjugal modificou-se, por não ser conveniente aos novos ideais libertários e igualitários, passando ao casamento por amor como o novo ideal. Assim, a felicidade conjugal ganhou importância para a família e, ainda que a distinção entre homem e mulher permanecesse, a consciência social modificou-se em relação ao sentido da família e da infância, alterando fortemente as relações marido-esposa e pais-filhos.

Articulando-se aos interesses econômicos do Estado, discursos proferido por médicos, administradores e polícia reforçava a necessidade da mulher ocupar-se com os filhos, baseando-se, principalmente, no argumento de que essa seria a forma “natural” de cuidados com a criança e, por isso mais adequada já que só a mulher era capaz de gestar e parir.

Nos segmentos economicamente mais favorecidos da sociedade, a ligação entre médico e família teria produzido modificações profundas na organização familiar [...] – à mulher, promovendo-a socialmente em função do desempenho adequado de seu papel materno; e ao médico, que teve seu poder reforçado contra as antigas estruturas de tratamento e cuidados leigos, e também contra a disciplina religiosa e as formas tradicionais de educação - internato (DONZELOT, 1986, p. 42).

A partir do século XVIII, desenhou-se uma nova imagem da relação da mulher com a maternidade, segundo a qual o bebê e a criança transformam-se nos objetos privilegiados da atenção materna. A devoção e presença vigilantes da mãe surgem como valores essenciais, sem os quais os cuidados necessários à preservação da criança não poderiam mais se dar. A ampliação das responsabilidades maternas fez-se acompanhar de uma crescente valorização da mulher-mãe, a “rainha do lar”, dotada de poder e respeitabilidade no domínio doméstico.

De acordo com Moura e Araújo (2004) à medida que as responsabilidades aumentaram, cresceu a valorização do devotamento e sacrifício feminino em prol dos filhos e da família, que novamente surgiram no discurso médico e filosófico como inerentes à natureza da mulher. Assim, se por um lado as novas responsabilidades da mulher conferiam-lhe um novo status na família e sociedade, afastar-se delas trazia enorme culpa, além de um sentimento de “anormalidade”, sendo explicado como desvio ou patologia.

Enquanto na Europa o processo que modificou a intimidade e os sentimentos em relação à vida familiar acompanhou a constituição dos Estados modernos, acentuando-se a partir do período das revoluções liberais, no Brasil o mesmo processo seguiu a passagem do território da condição de colônia a nação. Nesse sentido, compreender as características da vida familiar e dos sentimentos relativos à maternidade naquele período envolve correlações entre a própria estrutura da colonização moderna e as manifestações de intimidade.

Entre as principais características da família colonial, encontrava-se a valorização do poder paterno. A mulher e os filhos, interessavam apenas enquanto elementos a serviço do patriarca, e viam na figura do homem um protetor, patrão, uma vez que a casa colonial funcionava como pequena unidade de produção, dependendo minimamente de outras instâncias para organizar a satisfação de suas necessidades de consumo.

Com a transferência da família real e de toda a corte para o Rio de Janeiro no início do século XIX em consequência da instabilidade política vivida pelos regimes absolutistas na Europa, a administração portuguesa desenvolveu um novo interesse pelas cidades brasileiras. Nesse movimento, promoveu-se uma “europeização” dos costumes coloniais pela transposição, para o Brasil, de hábitos relativos a uma cultura gestada na Europa. Aliados à mulher e à criança, valorizando a “família amorosa”, durante o século XIX, os higienistas auxiliaram a família brasileira a assimilar novos valores, nuclearizando-se e urbanizando-se.

A higienização das cidades, estratégia do Estado moderno, esbarrava frequentemente nos hábitos e condutas que repetiam a tradição familiar e levavam os indivíduos a não se subordinarem aos objetivos do governo. A reconversão das famílias ao Estado pela higiene tornou-se uma tarefa urgente dos médicos. (...). No curso do Segundo Império, a medicina social vai dirigir-se à família burguesa, procurando modificar a conduta física, intelectual, moral, sexual e social dos seus membros com vistas à sua adaptação ao sistema econômico e político (COSTA, 1989, p.30-33).

Segundo o mesmo autor, no Brasil, esse processo teve sobre a mulher um efeito específico: sua redução à figura da “mãe higiênica” e isso só foi possível através da aliança da família com o poder médico. Dessa forma, tanto aqui como na Europa, para a produção do ser

“mãe”, foi fundamental o discurso higienista com ataques tanto ao aleitamento mercenário (no Brasil realizado por escravas) como responsável pela mortalidade infantil, quanto à suposta deformação moral das crianças pelo cuidado e convivência com amas e lacaios negros.

Através disso, o comportamento de recusa ao aleitamento materno foi codificado também no Brasil pelo discurso higiênico como uma infração às leis da natureza, gerando uma culpabilização das mães e a instalação de um sentimento de anomalia. Além disso, a insistência quanto à amamentação permitiu que se regulasse a vida da mulher, confinando-a ao ambiente doméstico (os períodos de aleitamento se estendiam por dois anos ou mais) e voltando sua atenção ao cuidado, à educação e à vigilância da criança e também da família.

Também aqui, os cuidados maternos passam a ser valorizados e esse novo olhar sobre a criança possibilitou a manifestação do “amor materno”, que tornou-se não somente desejável como “natural”. Assim, por todo o século XIX, deu-se a adaptação do modelo de família burguesa europeia à sociedade colonial brasileira que, com o auxílio dos médicos higienistas, adquiriu aqui um “colorido tropical”.

Por fim, refletindo acerca das condições de maternagem e das características que o sentimento materno vem assumindo na **sociedade contemporânea**, segundo Chodorow (1990), podemos verificar o cuidado da mulher para com os filhos, sendo um tanto mais exclusivo quanto menor se tornava a determinação biológica para a maternidade. Enquanto as taxas de natalidade caíam, a escolarização das crianças tornava-se mais precoce e as mulheres mais presentes no mercado de trabalho, tanto mais crescia a ideologia da “mãe moral”.

Nos Estados Unidos, o período capitalista inicial produziu uma ideologia da ‘mãe moral’: as mulheres burguesas deviam agir ao mesmo tempo como educadoras e modelos morais para seus filhos, assim como alimentadoras e guias morais para seus maridos na sua volta do mundo de trabalho imoral e competitivo (CHODOROW, 1990, p.19).

A autora inclusive indica a psicologia pós-freudiana e a sociologia como importantes fontes de argumentos que contribuíram para a idealização e o reforço do papel materno, na medida em que afirmaram a relação mãe-bebê como decisiva no desenvolvimento da criança.

Construído predominantemente em conformidade com uma perspectiva centrada no indivíduo, o discurso psicanalítico passou a ser disseminado amplamente na sociedade contemporânea, muitas vezes de forma pouco crítica. Essa influência, denominada por alguns de “cultura psicanalítica”, teria contribuído para que aos papéis materno e paterno fosse acrescida uma perspectiva cada vez mais individualizante (MOURA & ARÁUJO, 2004, p. 50).

Se, nas últimas duas décadas do século XX, o papel feminino foi marcado por uma relativa estabilidade e por sua redução ao papel materno, na década de 80, embora essa vinculação não tenha desaparecido, passou a mostrar-se menos estável, principalmente nos mais jovens. A partir daí, já não era mais possível pensar o papel materno como o único possível para as mulheres, embora permanecesse quase obrigatório e claramente central. Percebia-se, então, “uma ênfase simultânea na importância da maternidade e na importância e possibilidade de desempenho em outros papéis” (LO BIANCO, 1985, p.97).

Essa dupla ênfase passou a traduzir-se em uma experiência contraditória e ambivalente em relação ao papel materno. A psicologização do feto teria surgido no contexto dessa ambivalência como tentativa de recriar a experiência materna em novas bases.

A literatura científica mais atual reflete a experiência gestacional moderna: o foco ampliou-se dos aspectos puramente físicos para a visão psicossocial da gestação. Ela pode ser uma experiência excitante e gratificante, como pode ser um período de estresse e mudanças abruptas na vida dos futuros pais, sendo, portanto, um desafio para a família (MONTEIRO et. al, 2002, p. 36).

Salem (1985), afirma a existência também de um movimento da década de 80, no qual as representações de maternidade/paternidade passam a ser vistas como situações sujeitas à elaboração e discussão pelo casal. Esse processo exige forte investimento emocional do casal, que devem buscar uma “nova maternidade” e uma “nova paternidade” correspondente. Na referida construção, a valorização do compromisso emocional do casal com a criança intensifica-se, iniciando-se já na gravidez. A participação do pai no parto e nos cuidados com o bebê surge como elemento fundamental dessa experiência. Quanto à mulher, valoriza-se a dedicação total à criança, dispensando-se o auxílio de babás ou mesmo da família. O casal, portanto, deve assumir todos os cuidados com o bebê, desde o início.

Entretanto, vale ressaltar que o movimento do “casal grávido”, só faz sentido no grupo social a que eles pertencem, segundo o qual a própria representação de casal baseia-se na ética da igualdade de gêneros, além de “outras ideologias como a recente valorização do subjetivo, do emocional, dos afetos e dos aspectos psicológicos individuais” (SALEM, 1985, p.41).

Em outro extremo, o progresso científico da Medicina e da tecnologia nas últimas décadas, aliado às transformações do papel da mulher na sociedade (evidenciadas pelo movimento feminista), tem trazido importantes mudanças que repercutirão em novas possibilidades de configuração subjetiva. A mulher, depois de conquistar a liberdade de exercer sua sexualidade, de planejar e decidir a maternidade, de adiá-la até quando considerar propício

na sua vida, pode também optar por viver a maternidade sozinha. Porém, mais que assumir a maternidade fora da condição do casamento, hoje a mulher pode tornar-se mãe sem depender da presença concreta de um companheiro, podendo fazê-lo amparada pelos avanços das técnicas de fertilização assistida. Essas novas tecnologias reprodutivas permitem a gestação em condições anteriormente impensáveis social e biologicamente.

Nesse contexto, as técnicas de cuidados a recém-nascidos que reduzem drasticamente a mortalidade de crianças, mesmo quando nascidas muito prematuras ou gravemente doentes, certamente repercutem na organização familiar e nos sentimentos relacionados à maternidade.

2.4.2 A interação mãe-bebê em situações de nascimento de risco

De acordo com Arrais, Mourão e Fragalle (2014) a gravidez pode ser sobrecarregada por muitos transtornos do humor, em particular pela depressão. Ao contrário do esperado, a literatura e a prática com gestantes e puérperas nos mostram que a maioria das mulheres, sobretudo as de classe média e baixa, encontra na vivência da maternidade algum nível de sofrimento psíquico, físico e social no período pré e pós-parto.

Normalmente, nessas fases, observa-se nas mães uma vivência relativamente contínua de tristeza ou de diminuição da capacidade de sentir prazer, a qual poderá ser transitória ou se tornar crônica caso não sejam assistidas adequadamente. Tal conhecimento vem na contramão ao de uma crença popular amplamente difundida de que a gravidez é um período de alegria para todas as mulheres (ZINGA E COL., 2005; MAUSHART, 2006; TOSTES, 2012).

Quando ocorre o parto pré-termo então, que é a interrupção prematura do tempo de gravidez, para os pais é extremamente impactante e desencadeia um momento de grande construção e desenvolvimento pessoal, tornando-os também, prematuros.

O nascimento de um bebê pré-termo normalmente representa um momento de crise para a família, um período limitado de tempo de desequilíbrio e/ou de confusão, durante o qual os pais podem ficar temporariamente incapazes até mesmo de responder adequadamente (SCHUBERT, 2003, p. 41).

Sendo assim, o parto prematuro é um momento traumático e estressante que acarreta para a mãe sentimento de insegurança e incapacidade quanto aos cuidados com seu bebê, uma vez que a precipitação do parto, que a mãe vivencia como uma interrupção, a impossibilitou emocionalmente de preparar-se para receber e cuidar do recém-nascido pré-termo que ainda é menor e mais frágil do que o esperado, suscitando nas mães um sentimento de perda. O autor

supracitado ressalta ainda que “o nascimento de um recém-nascido prematuro pode gerar, não só na mãe, mas também na família uma atmosfera de incerteza e apreensão, visto que os pais e a família não estavam preparados emocionalmente para enfrentar tal situação”.

Em grande parte dos casos de nascimento prematuro é necessária a permanência do bebê no hospital devido as inúmeras condições clínicas já citadas aqui neste trabalho, obrigando a mãe e o bebê a estabelecer um primeiro contato, nos casos em que isto é possível, num ambiente de hostilidade para os dois que dificulta a vinculação. Caso não seja possível esse primeiro contato, a vinculação pode ser prejudicada pela ausência de oportunidades da mãe interagir com seu bebê, podendo gerar desordens no relacionamento futuro de ambos.

Na vinculação mãe-bebê o envolvimento emocional nem sempre será igual, pode variar ao longo do tempo e depende dos momentos de reciprocidade. Estando na UTIN, o RN fica mais restrito dos cuidados da mãe e, quando está estável, é que a mãe tem o primeiro contato com seu bebê, conhece suas feições, pode tocá-lo e cuidar. Isso faz com que o apego pelo seu bebê prematuro cresça e o envolvimento emocional aumente. O envolvimento aumentará na medida em que se recebe algo em troca e, dessa forma, a mãe vai vendo seu bebê prematuro com mais carinho e amor (PONTES & CANTILLINO, 2014, p. 296)

Conforme Brum e Schermann (2004) estudos realizados na Califórnia e Cleveland demonstraram a importância do contato com as mães e a contribuição para o desenvolvimento mais sadio destas crianças, o que permitiu a presença mais constante das mães nas Unidades de Terapia Intensivas. Nesses estudos a recuperação da criança internada em UTIN se relaciona diretamente à formação de vínculos afetivos, e certamente este vínculo corresponde em maior proporção aos cuidados maternos que pode receber. O toque pele a pele e os cuidados, diminuem os níveis de estresse no bebê, o que possibilita uma evolução para o estado de saúde da criança, ao mesmo tempo que diminui os níveis de ansiedade da mãe. Desta maneira o vínculo que vem a ser construído pelos dois se transforma numa relação de apego seguro para o bebê, que dá mais probabilidades de uma rápida recuperação.

Com o primeiro contato entre mãe-bebê iniciam-se vários eventos sensoriais e hormonais, como a sensação que o bebê tem de se sentir protegido, a diminuição do estresse (da mãe e do bebê), que são positivos para o desenvolvimento, e que facilitam o estabelecimento do vínculo (KLAUS e cols., 2000, p. 24).

Mikiel-Kostyraet al (2002) afirmam que o vínculo mãe-bebê aumenta ao longo do tempo e é fortalecido pelo contato. O contato com a pele da mãe durante a amamentação,

imediatamente após o nascimento inclusive, propicia aquecimento, conforto e ambiente ideal para a adaptação do RN à vida extrauterina, proporcionando uma precoce interação mãe-bebê.

Atualmente na literatura é mais frequente encontrar o discurso que defende a importância do estabelecimento dos primeiros contatos com o bebê, no entanto, no nascimento pré-termo, é necessária a ajuda da equipe de saúde para que este contato seja possível, e muitas vezes, pode ser adiado pela situação de risco da criança.

Desse modo, o fato de não poder pegar o bebê no colo, aconchegá-lo e embalá-lo é frustrante para a mãe e, quando já é possível tocá-lo e acariciá-lo dentro da incubadora, muitas se amedrontam diante dessa situação. Esse medo materno se justifica pela autoestima afetada, pelo ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e pelo déficit de autoconfiança na capacidade de criar o recém-nascido prematuro.

Dessa forma, observa-se que essa mãe encontra-se tão vulnerável quanto a criança nascida pré-termo, pois se vê barrada na sua condição de mãe, não podendo oferecer os mesmos cuidados que poderia oferecer a uma criança numa situação de não prematuridade. Nesse sentido, o ambiente hospitalar é hostil para a mãe, da mesma forma em que o é para o bebê, inibindo ainda mais a ligação afetiva entre mãe-bebê.

A hospitalização do prematuro pode comprometer a vinculação mãe-bebê, por interromper os estágios iniciais de desenvolvimento dessa relação, diminuindo a responsabilidade, o conhecimento e atenção da mãe com o bebê, bem como a interação entre eles (SANTOS & TEIXERA, 2017, p. 08).

Estas percepções se intensificam, sobretudo, se a mãe já teve experiência de partos anteriores, que não apresentavam condições de risco. Neste sentido “[...] a percepção da mãe, tanto em relação ao seu bebê quanto à sua capacidade de cuidados para com o bebê, influencia a qualidade da interação mãe-bebê” (BRUM E SCHERMANN, 2007, p. 13).

Na rotina da UTIN é comum que a mãe não possa estar com seu bebê durante as primeiras 24h, impedimento justificado pela execução de procedimentos invasivos, espaço físico limitado, prevenção de infecção hospitalar e recursos humanos insuficientes. Entretanto, tal situação de internação, acaba gerando na mãe sentimentos como culpa, medo, angústia e, principalmente, tristeza diante da incerteza da vida do recém-nascido.

A compreensão de que o ambiente da UTI é associado à ideia de finitude da vida demanda estratégias para a reorganização desse ambiente em que mãe e filho estão inseridos, fornecendo apoio social, afetivo e psicológico para o fortalecimento do vínculo. Isso porque a

hospitalização do recém-nascido prematuro modifica o cotidiano dos pais, que passa a ser determinado pelo medo do que poderá vir a acontecer com o bebê, dada a sua fragilidade.

Além disso, essas mães vivem também em uma dicotomia do que simboliza a UTIN. Por um lado, o veem como um ambiente frio, hostil e assustador; por outro, compreendem que é a melhor opção que o bebê tem para se recuperar. Essa situação gera sentimentos de medo, tristeza, culpa e estresse diante da situação de fragilidade em que se encontra com seu recém-nascido ao mesmo tempo, que são despertadas nelas a fé e a esperança de que toda a situação vivida seja uma fase e que seu bebê irá se recuperar.

A compreensão desse desequilíbrio na dinâmica familiar é fundamental aos profissionais de saúde, pois o abalo dos pais repercute principalmente na dificuldade de entender o quadro clínico do RN e entendimento das diversas orientações da equipe de saúde.

A experiência da hospitalização do bebê prematuro é tão árdua para a mãe que ela pode ser definida como um tormento, um momento traumático de extremo estresse e apreensão, algo a ser esquecido. O impacto dessa experiência é tão grande que pode até acabar repercutindo em sua saúde física e mental, podendo determinar inclusive, o desmame precoce (PEREIRA ET AL, 2015, p. 58).

A primeira visita da mãe à UTIN configura-se como um dos eventos mais difíceis no contexto da prematuridade. Nessa ocasião, elas são surpreendidas por um ambiente com recursos tecnológicos e a visão de bebês frágeis, submetidos aos diversos tratamentos invasivos, dentro de incubadoras que funcionam como barreiras ao contato direto entre mãe e filho, fator que dificulta a formação do vínculo.

Estes bebês, apesar de enfermos e com risco, possuem capacidades para se recuperarem se as interações sociais e tecnológicas apropriadamente incentivadoras forem iniciadas quando ele é pequeno (BRAZELTON, 1988; SCHERMANN, 2001). Os bebês prematuros, mesmo nas primeiras semanas, já são responsivos a algumas formas de estímulos sociais (SCHAFFER, 1996). Um fator de previsão positiva é a capacidade dos pais de se relacionarem com o bebê e trabalharem em sua recuperação (KLAUS et al., 2000).

Diante dessa situação, é fundamental a participação e um olhar cuidadoso da equipe multiprofissional de saúde dessa unidade, para que a mãe seja integrada e se adapte à rotina e aos cuidados com o RN prematuro, minimizando os sentimentos negativos que possam surgir consequentes à hospitalização, pois quando a mãe pode ver, tocar e se relacionar com o bebê, através de cuidados básicos como pegar no colo, trocar fraldas e amamentar, ela começa a se preparar para os cuidados necessários com esta criança no momento da alta hospitalar.

Daí a importância de inseri-la em cuidados diários com o bebê, como banho, amamentação, verificação de temperatura, uso do método canguru (contato pele a pele entre a mãe/pai e o filho), aliado à estimulação de um ambiente familiar. As mães podem ser incentivadas a personalizar o leito da criança trazendo objetos de casa: fotos, colchas, mantas e roupas do enxoval do bebê, além de brinquedos. Dessa forma, podemos afirmar que o ingresso precoce da figura materna na UTIN aumenta as chances de interação.

2.4.3 A importância do vínculo mãe-bebê: Contribuições da Psicanálise

A psicologia sempre foi unânime em reconhecer a importância das primeiras relações na vida de um bebê como a base para o desenvolvimento. Entretanto, as primeiras relações estão vinculadas à formulação de que todos os bebês desenvolvem um forte vínculo com a mãe ou mãe substituta (cuidador primário). Apesar deste ponto ser pacífico, existem divergências acerca de como o desenvolvimento destas relações se processam.

Podemos encontrar o início do estudo das primeiras relações ainda em Freud. Em seu artigo “Instintos e suas vicissitudes”, escrito em 1915, argumenta que a criança possui necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas, como alimento e conforto, e que o bebê se torna interessado em uma figura humana, especificamente a mãe, por ela ser a fonte de sua satisfação. Na teoria dos instintos, a vinculação com a figura materna é vista como consequência de esta ser o agente de suas satisfações fisiológicas básicas.

René Spitz (1945) foi outro grande estudioso das relações vinculares e da formação do apego. Trabalhando em um orfanato, observou que os bebês que eram alimentados e vestidos, mas não recebiam afeto, nem eram segurados no colo, apresentavam a síndrome por ele denominada hospitalismo. Esses bebês tinham dificuldades no seu desenvolvimento físico, faltava-lhes apetite, não ganhavam peso e, com o tempo, perdiam o interesse por se relacionar, levando a maioria ao óbito. O autor descreveu, portanto, o resultado da **ausência dos pais e do afeto como determinantes no desenvolvimento** com prognóstico reservado.

Winnicott, psicanalista e teórico das relações objetais, em 1963, descreveu o desenvolvimento emocional primitivo em termos da jornada da dependência à independência, propondo três categorias: dependência absoluta, dependência relativa e autonomia relativa. Para ele, é na fase de dependência absoluta que a mãe desenvolve o que chamou de preocupação materna primária, que faz com que ela seja capaz de compreender o bebê por meio de uma surpreendente capacidade de identificação, constituindo-se com ele em uma unidade,

auxiliando o bebê a se integrar. Do contrário, se nessa fase não há uma mãe capaz de se conectar com seu bebê, este fica num estado de não integração, tornando-se apenas um corpo com partes soltas. De acordo com as ideias do autor, é aqui que ocorrem as falhas primitivas no desenvolvimento, acarretando o surgimento de patologias mentais.

Nesse sentido, o estado psíquico da mãe é muito importante, pois determina a qualidade dos cuidados que ela oferece ao seu filho. Pela possibilidade de casos envolvendo transtornos maternos e reconhecendo a vulnerabilidade da mãe, Winnicott (1978) recomenda que figuras de apoio para a mãe (parceiro e família) se façam presentes, para que se prepare e exerça melhor seu papel, buscando ajuda profissional em casos de transtornos psíquicos.

Bowlby (1969), psicanalista e teórico das relações objetivas, descreveu a importância das primeiras relações para o desenvolvimento, formulando, desse modo, a famosa teoria do apego, quando descreve as relações do bebê com sua mãe ou cuidador desde o nascimento até os seis anos de idade. De acordo com a mesma, o ser humano herda um potencial para desenvolver determinados tipos de sistemas comportamentais, como sugar, sorrir, chorar, entre outros. A conduta instintiva é o resultado do controle desses sistemas comportamentais integrados, que funcionam num determinado ambiente de adaptabilidade evolutiva, em especial, de sua interação com a principal figura deste ambiente, a mãe. Nesta perspectiva, o vínculo da criança com a mãe, chamado por ele de apego, tem uma função biológica que lhe é específica e é o produto da atividade destes sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível. Portanto, ao longo do desenvolvimento, a criança passa a revelar um comportamento de apego que é facilmente observado e que evidencia a formação de uma relação afetiva com as principais figuras deste ambiente.

Em sua teoria, o apego está ausente no nascimento e começa a adquirir força depois que a criança completa seis meses, ficando mais evidente por volta dos 18-24 meses e seguindo até a puberdade. Para o autor, existem também provas de que, num contexto familiar, a maioria dos bebês de cerca de três meses já responde à mãe de um modo diferente se comparado a outras pessoas, estando à discriminação perceptual presente. Entretanto é difícil afirmar que existe o apego enquanto não houver provas de que o bebê não só reconhece a mãe, mas também tende a se comportar de modo a manter a proximidade com ela.

Para Bowlby, a formação do apego não é uma consequência da satisfação das necessidades fisiológicas básicas como postula Freud. Entretanto, suas ideias coincidem com as formulações de Spitz acerca da síndrome de hospitalismo, ou seja, é necessária a existência de uma relação de afeto e de apego como fator primário para um adequado desenvolvimento.

Até recentemente, a maioria dos teóricos das relações objetais, em seus estudos sobre interação mãe-bebê, examinou fatores referentes ao papel da mãe neste processo, enquanto menos atenção foi dada às contribuições da criança. A mãe possui sim, a tarefa de se ligar ao bebê e auxiliá-lo em seu desenvolvimento. Porém, sabemos hoje, que ao bebê também cabe esta tarefa e que este possui recursos para enfrentar tal empreitada. **Esta interação segue um modelo bidirecional, em que o comportamento do bebê é moldado pelo comportamento da mãe e o da mãe o é moldado pelo comportamento do bebê** (SCHERMANN, 2001)

Autores e pesquisadores contemporâneos, como Brazelton (1988), Schermann *et al.* (1994), Klaus & Kennell (2000), abordam o quanto os RNs apresentam uma impressionante capacidade de responder às interações já nos primeiros minutos. Iniciam a vida capazes de fazer discriminações importantes e de localizar objetos por meio de várias indicações perceptivas. São capazes de realizá-las pelo olhar, de identificar a voz do pai e da mãe.

Pelo sexto dia de vida, um bebê já é capaz de identificar o cheiro da mãe. O paladar também é altamente desenvolvido em bebês após o nascimento. Eles gostam do conforto, da proximidade, e irão com frequência moldar-se ao corpo de seus pais. Portanto, há existência de uma relação vincular estreita entre o bebê e sua mãe já nas primeiras horas de vida, enfatizando as capacidades do recém-nascido para a interação (BRUM & SCHERMANN, 2004, p. 460).

A psicologia histórico-cultural por sua vez, que tem como seu maior representante o russo Vigostky, é uma das teorias interacionistas da psicologia que tem como fundamento o entendimento de que um ser humano que se constitui a partir de suas relações sociais, históricas e culturais, sendo que a aprendizagem aparece como um dos eixos dessas relações, admitindo ser esta que impulsiona o desenvolvimento (TACCA et al, 2008).

Nesta abordagem de acordo com os autores supracitados, o sujeito é considerado um ser social, constituído por relações culturais e históricas estabelecidas numa relação dialética entre o biológico e o social. Esta relação do sujeito com o mundo se dá através da mediação de outro sujeito, possibilitando o desenvolvimento das funções psíquicas especificamente humanas. Nesta perspectiva é dado um novo olhar à aprendizagem, que passa a integrar um processo constitutivo, dialético, de imersão na cultura com emergência da individualidade singular de quem aprende no contexto da prática social.

Sendo assim, o desenvolvimento deixa de ser visto como um fenômeno puramente biológico, sendo considerado com algo histórico e dialético, associados às condições objetivas da organização social, possibilitando saltos de caráter qualitativos, não se sucedendo numa ordem fixa e universal. Diante disso, os autores apontam que para Vygotsky, o desenvolvimento

não se dá num movimento em forma de círculo, mas em espiral, passando por um mesmo ponto a cada nova revolução, enquanto avança para um nível superior.

Vamos a partir de agora verificar como a psicologia histórico-cultural entende o desenvolvimento e a importância da emoção e afeto nas configurações subjetivas que permeiam a relação mãe-bebê para um desenvolvimento adequado desse bebê, que no caso de nascido prematuro chamamos de desenvolvimento adaptativo.

2.4.4 O Desenvolvimento Psicológico para a Psicologia Histórico-Cultural

Nos tópicos anteriores vimos de que maneira as diferenças culturais e históricas influenciaram nas configurações subjetivas quanto ao papel de mãe, bem como de que forma o ambiente hospitalar pode influenciar na construção do vínculo mãe-bebê e a importância deste vínculo para a psicanálise, vertente da psicologia que desenvolveu estudos iniciais essenciais para o entendimento do apego como um dos fatores fundamentais para a formação do vínculo e consequente desenvolvimento da criança, que na Psicologia Histórico-Cultural é entendido como uma relação de afetividade que através de uma série de operações que comentaremos a seguir, possibilitará a mediação necessária ao desenvolvimento da criança.

Existem múltiplos aspectos da interação mãe-criança e existe uma grande diversidade de definições teóricas e operacionais para cada um deles. Apesar disso, há um consenso que a mãe ou o cuidador principal é uma importante figura mediadora do desenvolvimento e aprendizagem da criança nascida prematura (KLEIN, 2005).

Vamos nos aprofundar a partir de agora nas contribuições da psicologia histórico-cultural a essas questões.

2.4.4.1 A Abordagem Histórica do Desenvolvimento Infantil

Já sabemos que o desenvolvimento infantil tem sido objeto de diferentes análises e interpretações na psicologia ao longo da história dessa ciência. Apesar da diversidade de enfoques, para Elkonin (1987), é possível identificarmos um elemento comum a grande parte das explicações sobre o processo de desenvolvimento da criança: o **enfoque naturalista**.

Para o autor, analisar o desenvolvimento infantil sob esse enfoque significa compreender a criança como indivíduo isolado, para o qual a sociedade é apenas um peculiar

“meio em que se habita” (p.110), bem como analisar o desenvolvimento psíquico meramente como um processo de adaptação às condições de vida.

A Psicologia Histórico-Cultural, que tem em Vygotski, Leontiev, Luria e Elkonin como alguns de seus principais representantes, nega a possibilidade de se analisar o desenvolvimento psicológico infantil como um processo meramente natural, caracterizado por fases ou estágios que se sucederiam em uma ordem fixa e universal.

Vygotsky refuta a compreensão do desenvolvimento infantil como um processo estereotipado de crescimento e maturação de potências internas previamente dadas, perspectiva conhecida como pré-formismo. Tal concepção remete à analogia entre o desenvolvimento infantil e os processos de crescimento das plantas, reduzindo o complexo processo de desenvolvimento psíquico a determinações quase exclusivamente biológicas (PASQUALINI, 2009, p.33).

Na tentativa de encontrar características e leis universalmente válidas para o desenvolvimento infantil Vygotski criticou a ciência psicológica da seguinte forma: “a tarefa da psicologia consiste justamente em revelar não o eterno infantil mas o historicamente infantil (...)” (VYGOTSKY, 1996, p. 96). Além disso, discordava também do pressuposto da ciência psicológica que afirmava como equivalentes e idênticos o funcionamento psíquico e a concepção de mundo de uma criança européia de família culta e uma criança de alguma tribo primitiva, e da criança da Idade da Pedra, da Idade Média ou do século XX.

Dessa forma, na análise do autor, a psicologia tradicional estudava a criança e o desenvolvimento de suas funções psíquicas à margem de seu meio social e cultural, desconsiderando as formas de pensamento e concepções predominantes nesse meio.

Marcado pela orientação predominante na União Soviética pós-revolucionária, Vygotsky via no materialismo histórico dialético de Marx e Engels uma fonte significativa para as suas elaborações teóricas. Neste contexto o autor desenvolveu suas ideias a partir de uma abordagem histórico cultural do psiquismo humano. Nesse sentido, não se trata de mais uma forma de se conceber o psiquismo, mas que o psiquismo não possa ser compreendido se não for visto como objeto histórico (DUARTE, 1996).

O homem desde a sua infância está implicado no meio social em que vive, interagindo com um complexo mundo de valores, estímulos, exigências e alternativas que em sua especificidade para cada indivíduo determinam em um plano psicológico, mecanismos e vias próprias de interação com esse meio, que se desenvolvem no devir histórico da personalidade e conformam o complexo mundo psicológico do homem, possibilitando-lhe uma determinada autonomia sobre o social em um plano imediato. É esta característica que permite ao sujeito se construir como regulador de sua atividade. (GONZÁLEZ REY, 1985, p. 26).

A respeito da subordinação dos processos biológicos ao desenvolvimento cultural, Vygotsky (1995) explicita que “(...) a cultura origina formas especiais de conduta, modifica a atividade das funções psíquicas, edifica novos níveis no sistema do comportamento humano em desenvolvimento” (p.34). Tal relação fica clara na análise do autor acerca do desenvolvimento das funções psicológicas, na qual diferencia as funções psicológicas elementares, comuns a homens e animais (tais como atenção e memória involuntárias) das funções exclusivamente humanas, que denominou funções psicológicas superiores (tais como a atenção voluntária, a memória mediada e o pensamento abstrato). Apesar de não estabelecer uma dicotomia entre ambas, o autor afirma que as formas inferiores não se aniquilam, mas continuam existindo como instância subordinada às funções superiores que tem uma gênese fundamentalmente cultural.

Outro problema apontado por Vygotsky (1996) na psicologia tradicional era a tentativa de encontrar nos sintomas ou indícios externos que diferenciam os diversos períodos, fases e/ou estágios do desenvolvimento infantil, os fundamentos da periodização das idades. Para ele os fundamentos devem ser buscados nas mudanças internas do processo de desenvolvimento infantil não remetendo a um caráter biológico, mas ao fato de que cada avanço no desenvolvimento está diretamente determinado por aquilo que se formou na etapa anterior. Por isso buscava uma periodização baseada na essência ou particularidades essenciais do processo de desenvolvimento psicológico.

Em consonância com o método histórico-dialético, a apreensão da realidade pelo pensamento não se realiza de forma imediata, pois implica a mediação de abstrações teóricas. Por isso, é necessária uma análise psicológica explicativa, que revele os nexos dinâmico-causais que determinam a origem e desenvolvimento dos fenômenos: “A verdadeira tarefa na investigação das etapas do desenvolvimento psicológico consiste em investigar o que se oculta por trás dos sintomas, aquilo que os condiciona, isto é, o próprio processo de desenvolvimento infantil com suas leis internas” (VYGOTSKY, 1996, p. 55).

Sendo assim, um conceito fundamental para o estudo do desenvolvimento infantil na perspectiva vigotskiana é a noção de estrutura da idade: em cada idade, a multiplicidade dos processos parciais que integram o processo de desenvolvimento constitui um todo único e possui uma determinada estrutura. A estrutura de cada idade é específica, única e irrepetível, e determina o papel e o peso específico de cada linha parcial do desenvolvimento.

Isso significa que não se verificam modificações em aspectos isolados da personalidade da criança, mas, ao contrário, modifica-se a estrutura interna da personalidade como um todo:

Em cada etapa do desenvolvimento, encontra-se sempre uma nova formação central, que constitui uma espécie de guia para todo o processo de reorganização da personalidade da criança. Diferenciam-se, nesse processo, as linhas centrais do desenvolvimento – que se referem aos processos diretamente relacionados a essa nova formação específica da idade – e as linhas acessórias, que estariam ligadas aos processos secundários. Ressalta-se que os processos constitutivos das linhas principais de desenvolvimento em uma idade convertem-se em linhas acessórias na fase seguinte, e o oposto também é verdadeiro (VYGOTSKI, 1996, p. 40)

De tal modo, Vygotski (1996) postula que deve-se investigar o novo tipo de estrutura da personalidade e da atividade da criança, as mudanças psíquicas e sociais que se produzem pela primeira vez em cada idade e determinam a sua consciência e sua relação com o meio. Trata-se do conceito de situação social de desenvolvimento.

“[...] a realidade social é a verdadeira fonte de desenvolvimento [...]. Assim, a situação social de desenvolvimento se refere à relação que se estabelece entre a criança e o meio que a rodeia – que é peculiar, específica e irrepetível em cada etapa do desenvolvimento. Ela constitui o ponto de partida para todas as mudanças dinâmicas que se processarão durante aquela idade, na medida em que determina “plenamente e por inteiro” as formas e a trajetória que permitem à criança adquirir novas propriedades da personalidade (VYGOTSKI, 1996, p. 20).

As funções psíquicas, por sua vez não se desenvolvem de maneira proporcional e uniforme, mas cada idade tem sua função predominante – sendo que as funções mais importantes, que servem de fundamento a outras, desenvolvem-se primeiro.

A função básica de cada idade encontra-se em condições propícias para seu desenvolvimento. Na primeira infância, a função psicológica básica, por exemplo, é a percepção, sendo um período propício para o desenvolvimento da percepção verbal. Nisso, a psicologia pode subsidiar a organização do ensino ao identificar os prazos ótimos da aprendizagem – o período mais propício e produtivo para determinadas aprendizagens.

Tal conceito remete a outro de extrema importância na obra de Vygotski (1996, p. 269): a Zona de Desenvolvimento Proximal, definida como “a esfera dos processos imaturos, mas em vias de maturação”. O período mais propício para o desenvolvimento de uma determinada função psicológica é aquele em que ela se encontra em processo de maturação.

A lei fundamental que rege a dinâmica das idades para Vygotski (1996), consiste em que as forças que movem o desenvolvimento da criança de uma idade a outra acabam por negar e destruir a própria base do desenvolvimento da idade anterior, determinando, como necessidade interna, o fim da situação social de desenvolvimento, ou seja, o fim da etapa vigente em direção à etapa seguinte. Assim, o desenvolvimento das novas formações que surgem ao final de uma determinada idade “(...) mudam toda a estrutura da consciência infantil,

modificando todo o sistema de sua relação com a realidade externa e consigo mesma. (...) pois a criança, na verdade, já é outra criança” (p.264).

O desenvolvimento caracteriza-se pela alternância de períodos estáveis e críticos. Nos períodos estáveis, o desenvolvimento se deve principalmente a pequenas mudanças da personalidade da criança, que vão se acumulando até certo limite e se manifestam mais tarde como uma repentina formação qualitativamente nova. Nos períodos de crise, produzem-se mudanças e rupturas bruscas e fundamentais na personalidade em um tempo relativamente curto, culminando em uma reestruturação das necessidades e motivos da criança e de sua relação com o meio. Verifica-se aqui a adoção do princípio do método dialético da transformação da quantidade em qualidade: o acúmulo quantitativo culmina no salto qualitativo, ficando claro que o desenvolvimento é um processo dialético, em que a passagem de um estágio a outro se realiza não por via evolutiva, mas sim, revolucionária.

Por fim, destacamos a importância fundamental atribuída por Vygotski (1996) ao **afeto, que é considerado pelo autor como fator essencial do desenvolvimento psíquico em todas as suas etapas** e concebido em unidade com – e não em oposição a – o intelecto: “(...) o afeto e o intelecto não são dois polos reciprocamente excludentes, mas duas funções psíquicas estreitamente vinculadas entre si e inseparáveis” (p.314).

[...] se os processos afetivos estão conectados a outras funções psicológicas e ao desenvolvimento da consciência como um todo, o lugar social que a criança ocupa no contexto das suas relações, suas experiências culturais e interações sociais constituem fatores indispensáveis para se compreender a dinâmica e o desenvolvimento desses processos (GOMES, 2013, p. 511).

Embora Vigotski não tenha chegado a sistematizar uma teoria das emoções ou afetos, essa temática perpassa diferentes momentos de sua produção, em que é sinalizada a importância fundamental deste tópico para os estudos de desenvolvimento humano.

Desde o nascimento, por ter se separado fisicamente da mãe, a criança já se encontra inserida num contexto humano e social e possui, no seu grau mais primitivo, rudimentos de vida psíquica. Entretanto, essa manifestação está associada ao funcionamento dos centros mais primitivos do cérebro, os subcorticais, e, como o cérebro está ainda imaturo, os instintos e afetos mais simples ficam dependentes dessas instâncias menos desenvolvidas do sistema nervoso Vygotski (1996) define esta relação da criança com o mundo como “estados sensitivos emocionais ou estados de sensações marcadas emocionalmente” (p.281).

O que existe como estado rudimentar da vida psíquica no recém-nascido é um embrião de consciência: estados nebulosos, confusos, nos quais o sensitivo e o emocional se acham fundidos. Isso significa que, nesta etapa da vida, tudo aquilo que o bebê percebe do meio está unido com o afeto; para ele, a percepção do que é agradável ou ameaçador aparece muito antes do que os elementos objetivos da realidade exterior (GOMES, 2013, p. 511).

Por causa desse modo de pensar as emoções - como inicialmente ligadas aos setores menos desenvolvidos do cérebro - é que as teorias vigentes na psicologia tradicional ainda pressupõem que os processos afetivos, em geral, são próprios de uma psique primitiva, como um estágio inferior do desenvolvimento – dimensão pouco desenvolvida no conjunto da personalidade humana (VIGOTSKI, 2003).

Contudo, o autor supracitado afirma que o estágio inicial e primitivo do desenvolvimento da consciência não se diferencia dos demais pela importância das tendências afetivas, uma vez que, **o afeto se mantém essencial ao longo de todo o desenvolvimento da criança**; ou seja, ele defende que os afetos primitivos são superiores apenas quando as demais funções psíquicas (sensoriais, intelectuais e motoras) ainda não estão desenvolvidas. Os impulsos afetivos são acompanhantes permanentes de cada nova etapa no desenvolvimento da criança, sendo que o afeto inicia e encerra o processo de desenvolvimento psíquico da criança, a formação de sua personalidade, perpassando assim todo o seu desenvolvimento.

Assim, não é casual as funções afetivas estarem em relação direta tanto com os centros subcorticais mais antigos, que são os primeiros a se desenvolver e se encontram na base do cérebro, como as formações cerebrais mais novas e especificamente humanas, os lóbulos frontais, que são os últimos a configurar-se.

As emoções sofrem mudanças qualitativas ao longo do desenvolvimento da criança em decorrência de seu crescente domínio de instrumentos culturais, entre os quais se destaca a linguagem, que constitui uma conquista do sujeito: maior controle sobre si mesmo, sobre sua própria conduta (GOMES, 2013, p. 511).

Apesar de algumas das teorias psicanalíticas terem promovido articulações entre o afeto e o desenvolvimento psíquico em crianças, as **emoções** tem sido um tema muito pouco tratado pela psicologia, embora tenha sido abarcado por alguns autores como Spitz e Wallon. Deste modo, uma dimensão mais complexa e articulada, que envolve a processualidade e a historicidade das produções subjetivas no curso das experiências da criança, em que o emocional e o simbólico se integram à cultura, foi excluída dessas construções teóricas (GONZÁLEZ REY, 2004).

[...] nenhum destes autores se aproximou ao entendimento do psiquismo em termos subjetivos, de modo que os psicólogos soviéticos se referiam a processos cognitivos e intelectuais como relevantes para estudar a cultura e sua relação com o psiquismo, não tendo se aproximado da ênfase ao simbólico (GONZÁLEZ REY, 2016, p. 27).

O autor supracitado considera que em vários momentos as emoções têm sido estudadas tradicionalmente pela psicologia como epifenômenos de outros processos, sempre associadas ao biológico ou ao social, porém sem um *status* próprio. Do contrário, o autor procura compreender as emoções de forma integrada à dinâmica da personalidade, trabalhando também com o aporte de Vygotski.

González Rey (2000) afirma que “... a integração do cognitivo e do afetivo é uma ideia presente, de uma ou outra forma, em muitos trabalhos de Vygotski” (p. 136), destacando que o autor russo outorga à emoção um lugar equivalente ao dos processos cognitivos na formação das unidades constitutivas da psique.

Assim, afeto e cognição atuam de forma interdependente, constituindo um todo complexo. Para ele, “Vygotski vê a emoção comprometida com o processo cambiante de necessidades que acompanha o desenvolvimento psicológico, uma elaboração de grande complexidade, que teria de ser retomada e desenvolvida com base em sua obra” (p. 138).

González Rey (1999) afirma por exemplo que o bebê tem a necessidade de comunicação, o que a leva a novas produções emocionais-simbólicas que não têm como fonte direta as manifestações biológicas. Tais emoções, que surgem em momentos interacionais da criança com seu sistema relacional, seguem processos de atualizações, contradições, que definirão de forma ininterrupta outros momentos, os quais, por sua vez, se organizam recursivamente nas produções da criança no curso de suas experiências.

Deste modo, não há como estudar o desenvolvimento da criança sem considerar que fatores externos a ela serão configurados subjetivamente a depender das experiências simbólico-emocionais que ela vivencia em sua vida o que irá gerar, por sua vez, nova relação com o biológico (GONZÁLEZ REY, 2008, 2009a).

De acordo com Wallon (1959) entre os animais, o ser humano é aquele que, ao nascer, apresenta a maior imperícia, imaturidade e incompletude, sendo incapaz de sobreviver sozinho. Evolucionariamente, essa incompletude o teria constituído como uma espécie biologicamente social. Isso impõe ao bebê a necessidade íntima do outro social, de sua assistência constante, sendo-lhe assim vital uma relação próxima e constante com um parceiro da mesma espécie.

Por favorecer essa relação que garante sua sobrevivência, sua evolução filogenética possivelmente otimizou seu potencial para estabelecer e manter um contato precoce com o outro, através de uma grande expressividade emocional, tanto facial como postural e gestual. O bebê nasce, assim, dotado de um repertório biológico complexo, com um alto grau de organização perceptiva e expressiva que favorece seu intercâmbio com o outro social. Nesse intercâmbio, a emoção revela-se como constitutiva do vínculo com o outro (BUSSAB & RIBEIRO, 1998; CARVALHO, 1998; FOGEL, 1993).

Vale ressaltar que essa competência do recém-nascido, no entanto, só tem relevância por que os outros são capazes de ser mobilizados e de (re)agir à emoção criada no interior das relações estabelecidas. Entende-se, assim, que a díade bebê-outro evoluiu filogeneticamente como um sistema interativo (CARVALHO, 1983).

Sendo assim, para o autor, no âmago da construção das relações bebê-outro, esse outro social passa a atribuir à criança certas posições sociais em contextos concretos, agindo como seu mediador. “É esse outro que complementa e interpreta o bebê para o mundo e o mundo para ele. É por meio do outro e dos movimentos desse outro que suas primeiras atitudes tomam forma (WALLON, 1959, p. 32).

Por fim, retornando as contribuições de Vygotsky, González Rey (2004, 2008, 2016) destaca que apesar do autor não ter alcançado a compreensão de um nível mais complexo do psiquismo, uma das suas contribuições mais importantes, foi o valor atribuído às emoções, que passaram a integrar outros processos enquanto elemento essencial ao desenvolvimento psíquico, sendo ainda enfatizadas por seu aspecto gerador em alguns momentos da sua obra, e não apenas reativo e adaptativo.

O reconhecimento do caráter gerador das emoções que foi enfatizado em seu primeiro período, também se deu em um último momento de suas obras - entre 1932 e 1934, ao propor a categoria de sentido, abrindo possibilidades à compreensão mais complexa da relação entre o psíquico e o externo. Por conseguinte, nestes momentos, Vygotsky apresentava avanços discretos à predominante referência ao externo enquanto determinante direto do tipo de emoções que poderia gerar nas pessoas, noção que prevalecia até então nos estudos sobre o tema, marcando certa ruptura com o objetivismo.

A partir de suas investigações, Vygotski propõe, ainda que provisoriamente, uma periodização das fases do desenvolvimento psicológico, composta pelas seguintes *idades*: crise pós-natal; primeiro ano de vida; crise do 1º ano; primeira infância; crise dos três anos; idade pré-escolar; crise dos sete anos; idade escolar; crise dos 13 anos; puberdade e crise dos 17 anos.

Abordaremos cada período do desenvolvimento analisado por Vygotski (1996) até a crise dos sete anos, apoiando-nos nos manuscritos produzidos nos últimos anos de sua vida (1932 a 1934) e na transcrição de conferências proferidas entre 1933 e 1934, que compõem a obra *Problemas de La psicologia Infantil*.

2.4.4.2 Periodização do Desenvolvimento Psíquico na Infância

Vygotski (1996) descreve inicialmente o **período pós-natal**, considerado uma etapa crítica de uma transição entre o desenvolvimento intra e extrauterino. A nova formação central e básica desse período é o que Vygotski denomina vida psíquica individual do recém-nascido: uma vida psíquica primitiva, específica desse período, que não se conserva como tal nos períodos posteriores, mas integra-se como instância subordinada às formações nervosas e psíquicas de nível superior, sendo assim “no período pós-natal não existe nada nem ninguém e o bebê não é capaz de diferenciar-se do mundo exterior” (VYGOTSKI, 1996, p.306).

Desse modo, o autor considera ainda que a vida psíquica individual do bebê fundamenta-se na sua separação do organismo da mãe, convertendo sua existência em individual, e caracteriza-se pela fusão de sensação e afeto, indistinção de objetos sociais e físicos, passividade e ausência de vivência social,

A etapa denominada de **primeiro ano** por Vygotski (1996) inicia-se entre o final do primeiro mês e início do terceiro, quando se verifica uma transformação no estado psíquico e social da criança em função de mudanças no ciclo de sono e alimentação. Aparecem então, as primeiras reações propriamente sociais, como o sorriso quando ouve a voz humana ou o choro quando ouve outra criança chorar. Verificamos assim, que a *situação social* do bebê caracteriza-se pela contradição entre, sua máxima sociabilidade – pois em função de sua completa dependência dos adultos, toda a relação do bebê com a realidade circundante é socialmente mediada - e suas mínimas possibilidades de comunicação.

De acordo com Vygotski, no início dessa fase o mundo exterior “surge” para a criança, sendo possível identificar três estágios durante o primeiro ano, referentes à relação da criança com o meio social: os períodos de passividade, de interesse receptivo e de interesse ativo. Tais períodos marcam a passagem gradual da passividade à *atividade*. Ainda segundo o autor, **o afeto é o processo central responsável pela unidade entre as funções sensoriais e motoras que caracteriza esse período.**

Com a primeira utilização de instrumentos e o emprego de palavras para expressar desejos, começa um novo período, que marca a crise do primeiro ano. O início e o fim da crise do primeiro ano de vida são marcados pelo início e o fim do que se denomina linguagem autônoma infantil. Embora se trate de uma tese ainda pouco elaborada pelo autor, Vygotski (1996) afirma ser esta a provável nova formação da crise do primeiro ano, de caráter transitório, como é característico das novas formações dos períodos de crise.

A linguagem autônoma infantil não coincide com a linguagem adulta nem quanto aos aspectos articulatório e fonético nem no que se refere à coesão e à atribuição de significado. Uma de suas peculiaridades é que as crianças utilizam uma única palavra para se referir a todo um conjunto de coisas que os adultos designam com palavras diferentes (PASQUALINI, 2009, p. 37).

As palavras utilizadas pelas crianças são em geral “retalhos” das palavras da linguagem adulta. O critério para que objetos estejam incluídos em um mesmo significado pode remeter a propriedades físicas semelhantes (ex: cor, sabor, textura), proximidade no espaço (ex: pato e água) ou mesmo à similitude sonora das palavras utilizadas pelos adultos para nomear tais objetos. Por esse motivo, a comunicação com as crianças através dessas palavras só é possível em situações concretas, pois seu significado não é situacional. As palavras da linguagem autônoma não representam ou substituem o objeto, apenas o indicam; têm, portanto, a função de indicar e denominar, mas carecem da função significadora.

Quando se forma, então, na criança o que Vygotski (1996) denomina linguagem autêntica, desaparece a linguagem autônoma e se encerra o período crítico, iniciando-se a **primeira infância**. Os dois principais fatos novos que aparecem nessa etapa, para Vygotski, são a percepção generalizada dos objetos (ou percepção semântica) e o desenvolvimento da linguagem. A linguagem representa a linha central de desenvolvimento dessa idade, pois graças a ela a criança estabelece com o meio social relações distintas daquelas que estabelecia até então; mas tanto o desenvolvimento da percepção quanto o da linguagem estão estreitamente vinculados entre si nesse período.

A princípio, a criança é inteiramente dependente do campo visual-direto; há uma unidade entre a percepção afetiva e a ação: cada percepção da criança é seguida por uma ação. O que caracteriza a situação social da criança é a dependência da situação. Com o desenvolvimento da linguagem, modifica-se a estrutura da percepção: a percepção sem palavras vai sendo substituída pela percepção verbal, dotada de sentido, convertendo-se em percepção generalizada. Com o surgimento das generalizações no campo da linguagem, a criança passa a

perceber os objetos no interior de um todo que possui, para além de suas propriedades físicas, um determinado sentido social.

Sendo a percepção a função básica dessa idade, ela se encontra, segundo Vygotski (1996), em condições sumamente propícias para o seu desenvolvimento. A partir dos apontamentos sobre o desenvolvimento da linguagem e da percepção, o autor afirma que a nova formação central dessa idade é o surgimento da consciência. Para Vygotski (1996), dizer que o homem atua conscientemente é o mesmo que dizer que suas ações são imbuídas de sentido, e pela primeira vez é possível identificar na conduta da criança a compreensão verbal dos objetos e de sua própria conduta conforme havíamos colocado no tópico acima.

O período seguinte no processo de desenvolvimento é a **crise dos três anos**. [...] a respeito dessa crise tem um caráter inicial. De modo geral, ela caracteriza-se por um conjunto de sintomas, quais sejam: a) negativismo; b) teimosia; c) rebeldia e d) insubordinação (VYGOTSKI, 2006, p. 70).

De acordo com Vygotsky, o negativismo refere-se ao fato de a conduta da criança opor-se a tudo o que lhe propõem os adultos – ressaltando-se que não se trata de uma reação ao conteúdo específico das solicitações ou proposições, mas ao fato mesmo de tal solicitação ter sido feita pelo adulto. Já a teimosia refere-se à atitude da criança de insistir em ser atendida em suas exigências, destacando-se que tal insistência não se deve ao desejo intenso da criança de obter algo, mas ao fato de querer ser atendida em algo que ela disse ou exigiu anteriormente (tendência voltada a si mesma, e não ao outro – o adulto, como no caso do negativismo). A rebeldia é uma atitude de protesto generalizado, dirigido não a pessoas, mas às normas educativas e ao regime de vida imposto à criança. Por fim, a insubordinação refere-se à aspiração da criança de ser independente e querer fazer tudo por si mesma.

Além desses, são descritos pelo autor outros sintomas secundários, a saber: protesto violento, despotismo e ciúmes. Todos esses sintomas, para Vygotski (1996), “giram em torno do ‘eu’ e das pessoas que o rodeiam” (p.373), retratando a crescente independência e atividade da criança e demonstrando que suas relações com as pessoas à sua volta ou com sua própria personalidade já não são as mesmas de antes. Modifica-se a relação da criança com seus próprios afetos e ela já é capaz de agir *contra* seus próprios desejos. Nesse sentido, Vygotski (1996) relata uma situação experimental na qual, pelo imperativo de contrapor-se ao adulto, a criança foi capaz de recusar um convite para um passeio, mesmo tendo anteriormente expressado o desejo de fazê-lo – simplesmente porque o convite foi feito pelo adulto. Trata-se de uma grande conquista da criança, que revela não ser ela mais totalmente dominada pelo afeto

(no exemplo, o desejo de fazer o passeio), como ocorria na primeira infância, em função unidade entre afeto e atividade; agora, o motivo de sua reação já não tem necessariamente relação direta com o conteúdo da situação presente.

Vygotski (1996) não discute formas consideradas adequadas para lidar com os sintomas da crise dos três anos, limitando-se a alertar para o fato de que a criança durante essa fase crítica pode ser “difícil de educar” (p.372). O autor sinaliza também a possibilidade do surgimento de “complicações da crise dos três anos” (p.374), que podem levar ao desenvolvimento de condições patológicas. Cabe destacar aqui a importância do conhecimento desse processo de reestruturação interna da personalidade para o educador que atua junto a crianças nessa faixa etária, pois o desconhecimento pode conduzi-lo a atitudes inadequadas, que, ao invés de promoverem o desenvolvimento infantil no sentido de fortalecer sua independência e autonomia, podem contribuir para conduzir a criança às “complicações”.

O período seguinte é a **idade pré-escolar**. Não há, no entanto, um capítulo dedicado a essa etapa do desenvolvimento. O capítulo seguinte à discussão sobre a crise dos três anos refere-se à crise dos sete anos. Para Vygotski (1996), a principal característica dessa crise é o que ele denomina de perda da espontaneidade infantil. Segundo ele, a criança pré-escolar é espontânea porque nela não se diferenciam suficientemente a vida interior e a exterior – a criança se manifesta externamente tal como ela é “por dentro”.

Em linhas gerais, pode-se afirmar que “a perda da espontaneidade significa que incorporamos à nossa conduta o fator intelectual que se insere entre a vivência e o ato direto” (p.378). Com a crise dos sete anos, a criança passa a ser capaz de julgar a si mesma e a valorar sua posição no contexto social. A partir desse período as vivências da criança adquirem sentido – o que significa que a criança que está chateada agora é consciente de que está chateada. Dessa forma, tornam-se possíveis novas relações da criança consigo mesma.

Elkonin (1987) avança nas investigações sobre a periodização do desenvolvimento psíquico e apresenta uma caracterização mais detalhada das épocas e períodos do desenvolvimento infantil desde o nascimento até a juventude.

Segundo seu esquema de periodização, temos a época da primeira infância, constituída pelo período da comunicação emocional direta com os adultos, seguido da atividade objetal manipulatória; a época da infância caracterizada pelo jogo de papéis (na idade pré-escolar) e pela atividade de estudo (na idade escolar) e a adolescência, constituída pelo período da comunicação íntima pessoal, seguida pela atividade profissional e de estudo.

Tabela 1 –Periodização do Desenvolvimento Psíquico na infância segundo Elkonin

Fase	Primeiro Grupo: Sistema criança-adulto social	Segundo Grupo: Sistema criança-objeto social
Primeira infância	Comunicação emocional direta	Atividade manipulatória-objetal
Infância	Jogo de papéis	Atividade de estudo
Adolescência	Comunicação íntima social	Atividade profissional/de estudo

Fonte: (ANJOS, s/data, p. 03).

Os dois grupos acima apresentados estão ligados entre si. Segundo Elkonin (1987), a periodização se inicia com o primeiro grupo (criança-adulto social), no qual predomina a assimilação dos objetivos, motivos e normas da atividade humana e do desenvolvimento da esfera motivacional e das necessidades. A partir de então, é preparada a passagem para o segundo grupo (criança-objeto social), no qual tem lugar a assimilação predominante dos procedimentos da ação com os objetos e a formação das possibilidades técnicas operacionais.

Entendido isso, passemos, então, à identificação e caracterização das três fases do desenvolvimento psicológico infantil segundo o autor.

Elkonin (1987), denomina a primeira época do desenvolvimento psicológico da criança como **primeira infância**.

A primeira infância é constituída por dois grupos [...] a comunicação emocional direta e atividade manipulatória-objetal. Na relação da criança com as pessoas que a rodeia é que se estabelece uma forma de comunicação social e essa é a primeira forma da criança inserir-se na sociedade. Ainda na primeira infância, surge um segundo momento onde a atividade principal passa a ser a manipulatória-objetal, caracterizada pela assimilação dos procedimentos elaborados socialmente de ação com os objetos (ELKONIN, 1987, p. 60).

Vale ressaltar que, para Elkonin, o nível de desenvolvimento que o sistema nervoso alcança quando a criança nasce é um ponto indispensável para o desenvolvimento da psique. No entanto, este desenvolvimento natural que existe no momento do nascimento da criança não é a causa determinante do desenvolvimento psíquico infantil. As premissas naturais, segundo Elkonin (1960, p. 494), “não pré-determinam como se formarão os processos psíquicos, quais qualidades da personalidade se desenvolverão, que nível alcançará o desenvolvimento psíquico”. Tudo depende das condições de vida da criança e sua educação.

As particularidades do organismo humano que existem no momento do nascimento se desenvolvem sob a influência decisiva das condições de vida da criança e no processo de ação mútua com o meio ambiente. Isto se refere também, ao desenvolvimento do sistema nervoso (ELKONIN, 1960, p. 494).

O período da comunicação emocional direta vai do nascimento da criança até o seu primeiro ano de vida. A relação criança-adulto social é caracterizada por várias maneiras que a criança utiliza para se comunicar com os adultos como o choro e o sorriso. A mediação dos adultos, neste momento, também passa às crianças um vínculo emocional. Nessa mediação “aparece na criança a compreensão primária da linguagem humana, a necessidade da comunicação verbal e a pronúncia das primeiras palavras.” (ELKONIN, 1960, p. 507).

Ao nascer, a criança possui apenas alguns reflexos incondicionados. Para adaptar-se às novas situações de vida, o recém-nascido “já possui pronto o complicado mecanismo de sucção e uma série de reflexos de orientação e defesa do olho e do ouvido [...]” (ELKONIN, 1960, p. 504), e, paulatinamente, ao longo do seu primeiro ano de vida, adquire os reflexos condicionados. Os reflexos incondicionados são insuficientes para a adaptação da criança às novas situações de vida, sendo necessário a assistência dos adultos para sua sobrevivência.

Ao final do primeiro ano, de acordo com Elkonin (1960), a criança compreende de dez a vinte palavras. É nesta idade que a criança pronuncia suas primeiras palavras e este processo indica uma nova etapa no desenvolvimento da criança e caracteriza o surgimento de novas relações entre a criança, os adultos e os objetos.

Neste momento a relação da criança com o meio muda de forma significativa. A criança, ao começar a andar, não só amplia o círculo de contato com objetos, mas amplia as possibilidades e as descobertas de novos objetos a sua volta. Este é o período da atividade manipulatória-objetual. Sob a direção dos adultos, a criança aprende a manusear os objetos que a rodeiam (ELKONIN, 1960, p. 507).

Desde muito cedo a criança começa a assimilar a experiência das pessoas por meio dos objetos. No entanto, não basta que os objetos lhe sejam acessíveis. Uma criança pequena poderá pegar uma caneta ou uma escova e não saber para que servem estes objetos. Faz-se necessária a mediação do adulto para que a criança aprenda a manuseá-los de forma correta e humana. A criança executa as ações com a ajuda dos adultos, aprende a utilizar a colher, beber água no copo, calçar a sandália, secar-se com a toalha, entre outras atividades. Se o adulto deixar a criança sozinha com os objetos, ela nunca chegará a utilizá-los de uma maneira humana.

Ao explicitar a importância da mediação dos adultos na relação criança-objeto social, Elkonin (1960) afirma que:

O adulto a ensina como manejar as coisas, e no curso da aprendizagem a criança não só conhece as qualidades dos objetos, mas assimila também a experiência da humanidade para utilizá-los na prática. Ao manejar as coisas [...] adquire novos conhecimentos, [...] novas habilidades e [...] novas capacidades, como resultado do qual se eleva seu desenvolvimento a um maior nível e recebe a responsabilidade de adquirir uma experiência mais complicada, assim como de estabelecer relações mais complexas com a realidade (ELKONIN, 1960, p. 499).

A criança torna-se cada vez mais independente ao aprender a atuar com os objetos e ao assimilar o idioma como meio de comunicação com as pessoas. A linguagem, nessa etapa, não é a atividade principal da criança, mas constitui a forma pela qual os adultos irão auxiliar a criança a compreender a ação dos objetos e assimilar os procedimentos de ação com estes objetos, sendo assim “o desenvolvimento da linguagem e a independência em atuar com os objetos são fatores essenciais para as novas aprendizagens da criança” (FACCI, 2004).

A segunda fase do desenvolvimento da criança, de acordo com Elkonin (1960; 1987), é a **infância**. As atividades principais ou dominantes nesta fase são o jogo de papéis (criança-adulto social) e a atividade de estudo (criança - objeto social).

Embora o mundo da atividade, do trabalho e das relações sociais das pessoas esteja diante da criança, esta ainda não pode atuar diretamente na atividade dos adultos. A criança, nesta etapa de desenvolvimento, tenta “integrar uma relação ativa não apenas com as coisas diretamente acessíveis a ela, mas também com o mundo mais amplo, isto é, ela se esforça para agir como um adulto” (LEONTIEV, 2006b, p. 121).

Desta forma, é por meio do jogo de papéis ou brincadeira, que a criança procura reproduzir as mesmas atividades que as pessoas que a cercam. “O jogo é a forma típica e acessível nesta idade para que a criança reproduza este mundo. Precisamente ele reflete a realidade que rodeia a criança [...]” (ELKONIN, 1960, p. 501).

Por meio da reprodução das atividades desenvolvidas pelos adultos, utilizando a atividade de jogo de papéis, a criança apossa-se do mundo concreto dos objetos humanos. Facci (2004) afirma que o conteúdo da brincadeira é a percepção que a criança tem do mundo dos objetos humanos. Sendo assim, ao permitir que a criança reproduza as relações entre os adultos, o jogo também exerce influência sobre o desenvolvimento psicológico da criança e prepara a transição para uma nova fase de desenvolvimento, isto é, para a atividade principal de estudo.

Para Leontiev (2006) e também Elkonin (1960), vale destacar o ingresso na escola como causa de uma mudança radical na situação da criança perante a sociedade, visto que a criança, nesta fase, começa uma atividade “séria”, que tem significação social.

Para Leontiev (2006, p. 61) “o ponto essencial é que agora não existem apenas deveres para com os pais e os professores, mas que há, objetivamente, obrigações com a sociedade”. Do cumprimento destes deveres dependerá sua situação na vida, suas funções e papéis sociais e, por isso, o conteúdo de toda a sua vida futura, sendo suas relações determinadas principalmente pelos resultados de sua atividade de estudo.

Como terceira fase do desenvolvimento psicológico, Elkonin define a **adolescência**. Esta fase apresenta duas atividades principais: comunicação íntima social (primeiro grupo) e atividade profissional/de estudo (segundo grupo). Porém, segundo o autor supracitado, a identificação da atividade dominante no período da adolescência apresenta grandes dificuldades que consistem no fato da atividade principal do adolescente continuar sendo o estudo escolar.

Nesse sentido, os adolescentes ainda são valorizados pelos adultos em função de seus êxitos ou fracassos na aprendizagem escolar. Além disso, na passagem a esta fase, ocorrem poucas mudanças em seu aspecto externo. Diante dessa ausência exterior nas condições gerais de vida e de atividade do adolescente, Elkonin (1987), afirma que as causas da passagem a essa fase foram explicadas, inclusive pela psicologia, por mudanças do próprio organismo com explicações que encontram-se amparadas na maturação sexual que transcorre neste período.

Elkonin (1987) reconhece que a maturação sexual exerce influência na formação da personalidade do adolescente, mas refutou a ideia de que o desenvolvimento sexual seja a principal função neste processo. Para este autor, a maturação sexual exerce influência de forma mediatizada, por meio das relações do indivíduo com o mundo que o cerca.

Vygotski (1996), também faz uma crítica às teorias de sua época, principalmente as que consideravam que as mudanças psíquicas no adolescente estariam pautadas apenas no aspecto emocional. Segundo este autor, o adolescente é, sobretudo, um ser pensante. Embora, à primeira vista, não há essencialmente diferenças com respeito às condições de vida da infância, suas condições pessoais de desenvolvimento se diferenciam muito das do escolar primário.

A primeira atividade principal na adolescência é a comunicação íntima pessoal. Essa atividade é uma forma de reproduzir, com os outros adolescentes, as relações existentes entre os adultos. Facci (2004, p. 71), afirma que “a interação com os companheiros é mediatizada por determinadas normas morais e éticas (regras de grupo)”. Nessa comunicação, prossegue a autora, “o adolescente forma os pontos de vista gerais sobre o mundo, sobre as relações entre as pessoas, sobre o próprio futuro e estrutura-se o sentido pessoal da vida” (idem). Outra atividade principal nessa fase é a atividade profissional/ de estudo.

Elkonin (1960), ao estudar o desenvolvimento psíquico do escolar, afirma que o mais típico e novo que caracteriza os conhecimentos adquiridos pelo adolescente é que eles são abstrações do concreto. Nesta idade escolar é exigido do adolescente que aprenda muitos conceitos abstratos e há uma considerável mudança do conteúdo dos conhecimentos vinculada a uma mudança na forma de ensino, mudança que segundo o autor, se caracteriza pelo fato do adolescente ter várias disciplinas e diferentes professores. O novo conteúdo, portanto, exige novos métodos de atividade mental.

Nesse contexto, Elkonin afirma por isso que o conteúdo de estudo do adolescente exige novos métodos de ensino. A educação escolar deve incitar o aumento da independência do adolescente. O adolescente deve, agora, preparar suas tarefas sem a ajudados adultos, devem distribuir seu tempo e encontrar meios para resolver suas atividades (ELKONIN, 1960, p. 540). E isso só ocorre quando, ao mesmo tempo, se aumentam as exigências e suas responsabilidades. Quando não há exigências elevadas e a responsabilidade pelo trabalho é insuficiente, a independência do adolescente conduz à formação de aspectos negativos da personalidade (a inconstância, a desorganização, a falta de responsabilidade, a falta de disciplina, etc.).

Um das particularidades dos interesses do adolescente é seu caráter ativo, conduzindo, algumas vezes, ao desprezo dos conhecimentos científicos e técnicos por considerarem que não têm significado prático (ELKONIN, 1960). A escola, deste modo, deve fazer o seu papel para a formação de sua personalidade, produzindo necessidades de conhecimento sistematizado nos alunos. E, para que isso seja feito, deve esclarecer que o conhecimento, no início da atividade humana, foi produzido a partir de necessidades práticas e cotidianas, porém, se libertou de uma dependência imediata deste cotidiano por meio da ciência, da arte e da filosofia.

Diante deste contexto, a escola deve “afastar” o aluno da vida cotidiana e formar um espaço diferenciado para o estudo do conhecimento sistematizado, possibilitando a ampliação das necessidades do indivíduo para além daquelas limitadas à esfera da vida cotidiana. Leontiev salientou que a fase da adolescência é caracterizada pelo motivo fundamental de estudar para preparar-se para o futuro. O adolescente começa a descobrir o significado do conhecimento científico e, conseqüentemente, desenvolvem-se interesses cognoscitivos científicos.

No entanto, as disciplinas ministradas na escola são valorizadas conforme a futura profissão. “Quando se perguntam quais são as matérias mais interessantes, se recebem as seguintes respostas: ‘gosto, sobretudo, das matemáticas, e o que menos gosto é a anatomia, porque nunca serei médico’, ‘depende do que penso ser na vida’ (LEONTIEV, 1960, p. 353).

O adolescente é aquele que, num futuro próximo, escolherá uma profissão e começará a preparação para uma atividade profissional. Tanto a escola, quanto a família, ou melhor, a sociedade em geral, exigirá tal postura do adolescente.

A tarefa da educação escolar não consiste apenas em formar indivíduos para o mercado de trabalho. Isto seria muito pouco. Os conhecimentos científicos, conhecimentos estes que foram produzidos ao longo da história do desenvolvimento humano, quando transmitidos pelo professor, possibilitando o desenvolvimento do psiquismo dos alunos.

A psicologia histórico-cultural vem nos mostrar que a formação do vínculo é uma construção sócio afetiva de múltiplas variáveis e também que o vínculo é parte de um processo emocional de interação que impulsiona o bebê para o seu desenvolvimento, que no caso do bebê nascido prematuro chamamos de desenvolvimento adaptativo. Apesar disso, problemas com a vinculação entre mãe-bebê, geram problemas com a mediação do aprendizado que por sua vez pode prejudicar todo um processo de desenvolvimento que no caso de bebês prematuros, envolve potencialmente dificuldades biológicas devido a sequelas do nascimento prematuro que podem ser superadas se acompanhadas precocemente. Sendo assim, vamos entender um pouco mais da importância de programas de estimulação precoce e a importância das políticas públicas voltadas a problemática da prematuridade em específico.

2.4.4.3 A importância dos Programas de Intervenção Precoce

Os bebês prematuros têm maior risco de problemas no seu desenvolvimento devido às complicações decorrentes das infecções e lesões maternas, as quais podem levar à paralisia cerebral, déficit intelectual e a outros distúrbios físicos e neurológicos (FRAGA; CARVALHO; LINHARES, MARTINEZ 2008). Vieira e Linhares (2011) acrescentam que em muitos casos os prematuros podem estar expostos a múltiplos riscos, e que o **contexto** em que estão inseridos pode ser decisivo para **efeitos positivos ou negativos em seu desenvolvimento**.

Como verificamos até aqui, o nascimento pré-termo consiste em um marco de risco biológico e psíquico que opera como uma variável que se constitui em fator de risco em si mesma, assim como expõe a criança a uma cadeia de adversidades decorrentes da própria prematuridade, por exemplo as enfermidades crônicas (broncodisplasia, hemorragias, retinopatia, problemas cardiovasculares) e as hospitalizações repetidas e/ ou prolongadas.

Sendo assim, **o nascimento pré-termo e as complicações perinatais são considerados fatores de risco que pode comprometer os processos adaptativos do desenvolvimento**

infantil. Além disso, esses fatores biológicos de risco frequentemente associam-se a fatores psicossociais de risco, como baixo nível socioeconômico e educacional dos pais, constituindo-se em uma situação de múltiplo risco, em que um agrava o outro, aumentando a ameaça ao desenvolvimento sadio e adaptativo da criança (BECKWITH; RODNING, 1991).

Se de um lado as dificuldades de desenvolvimento das crianças pré-termo são evidentes, por outro lado existem estudos que comprovam a importância do ambiente familiar da criança, em especial da interação mãe-criança, na predição do desenvolvimento da criança, podendo atenuar ou agravar efeitos adversos de fatores de risco. (ASSEL et al., 2002). Além disso, muitos estudos demonstram possibilidades bem sucedidas de enfrentamento das condições adversas pela criança prematura (LINHARES e CARVALHO, 2003).

A condição de pobreza, por exemplo, pode agravar o quadro de risco apresentado pelas crianças, porém, a presença de outros fatores ambientais protetores combinados aumentam a probabilidade de desencadear o processo de **resiliência**. Este consiste no enfrentamento de adversidades advindas de estresse interno e/ou externo ao organismo com poder de neutralizar e superar os efeitos adversos provocados por condições de risco, alcançando sucesso nas tarefas evolutivas da trajetória do desenvolvimento (LINHARES ET AL., 1999).

Resegue, Puccini e Silva (2007) destacam também que os avanços científicos apontam para a plasticidade do cérebro humano mais acentuada nos primeiros anos de vida e suscetível à estimulação. Tais avanços reforçam a possibilidade de evolução de crianças com prognóstico de alterações no desenvolvimento potencializadas pelo diagnóstico e pela intervenção precoces.

Liaw e Brooks-Gunn (1993) por sua vez salientaram a importância da intervenção precoce, com o objetivo de atenuar a tendência negativa que as crianças nascidas pré-termo possuem no desenvolvimento intelectual principalmente nos três primeiros anos de vida.

Destacam-se os três primeiros anos de vida de uma criança, como fase relevante para o seu desenvolvimento, pois as experiências vividas nesse período são decisivas tanto para o desenvolvimento cerebral, quanto para as capacidades que ela apresentará em etapas evolutivas posteriores (SHORE, 1997, p. 37).

Liaw e Brooks-Gunn (1993) verificaram que o grupo de bebês pré-termo que recebeu intervenção precoce, quando comparado ao grupo controle, apresentou menos problemas de comportamento. A intervenção pode, tanto alterar o modo como a mãe percebe o comportamento de seu filho, quanto tomar a mãe melhor observadora do bebê devido a sua participação no programa de intervenção.

De acordo com Barrat, Roach & Leavitt (1996) as mães mostram-se responsivas nos primeiros cuidados com o filho pré-termo, assim como mais sensíveis em relação aos sinais emitidos pelo bebê. Esses comportamentos maternos podem constituir-se em estratégia de compensação como forma de neutralizar os riscos aos quais os bebês estão expostos.

Nesse sentido, Novello, Degraw e Kleinmann (1992) salientaram a importância de acompanhar o desenvolvimento de crianças com problemas neonatais, a fim de evitar que se potencializem os fatores de risco, transformando-se em problemas. Linhares e cols. (2000) também verificaram a importância do seguimento longitudinal do desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo, a fim de detectar tanto os indicadores de problemas, para revertê-los ou minimizá-los, quanto os recursos da criança e da família, para ativá-los ou potencializá-los.

Sendo assim, podemos constatar que o desenvolvimento futuro da criança encontra-se associado à saúde neonatal do bebê, às características maternas, variáveis do ambiente familiar e programas de intervenção precoce para detecção, atenuação e possível reversão de problemas.

A partir disso podemos verificar que a intervenção preventiva para problemas de desenvolvimento em crianças nascidas prematuras deve ser pensada então desde as primeiras experiências do bebê com a mãe ainda na Unidade Neonatal, onde é precocemente separada de seu filho. Esta precisa ser acolhida por profissionais que busque reconhecer o cuidado centrado no paciente e família de forma humanizada buscando a promoção de saúde para que essa família possa compreender melhor a condição de nascimento e saúde do bebê, entender as capacidades e potencialidades deste, saber como pode interagir e realizar os cuidados de saúde, além de manejar os seus próprios sentimentos e pensamentos.

Após a alta do hospital, os pais e os familiares assumem a função de cuidadores primários do bebê pré-termo. Torna-se relevante o acompanhamento do desenvolvimento de crianças nascidas prematuras nos seus diferentes marcos desenvolvimentais por profissionais especializados. Neste acompanhamento também conhecido como follow-up, devem-se identificar as características de desenvolvimento, autorregulação, temperamento e comportamento da criança; só assim será possível orientar os pais e ajudá-los a compreender essas diferenças individuais e dar suporte para que eles aprendam a manejá-las.

Com este enfoque as orientações assumem um caráter de intervenção preventiva permitindo evitar a ocorrência de problemas de desenvolvimento e comportamento da criança e conseqüentemente protegendo a saúde biopsicossocial dessas crianças consideradas de risco.

Vale ressaltar por fim que as avaliações de desenvolvimento nos anos iniciais, para avaliar os efeitos da prematuridade, podem ser conduzidas considerando a idade cronológica

dos RNs ou a idade corrigida. A idade corrigida é a idade pós-natal, menos o número de semanas que faltou entre o nascimento prematuro e o referencial de 40 semanas.

Rugolo (2005) defende o uso da idade corrigida em casos de prematuridade extrema, como uma forma de não prejudicar a avaliação do desenvolvimento do lactente. Todavia, parece que não há consenso entre os pesquisadores.

Em geral, os instrumentos como testes, escalas ou inventários, usados para avaliar o desenvolvimento de lactentes, têm sido utilizados em pesquisas aplicadas, clínicas e educacionais, com relativo poder preditivo para subsidiar a implantação de programas de estimulação precoce, orientando o planejamento de ações com crianças e seus cuidadores.

O Inventário Portage Operacionalizado, por exemplo, tem se mostrado útil para avaliar o desenvolvimento infantil e sugere a observação de comportamentos de crianças sob determinadas condições cuidadosamente organizadas ou a partir do relato dos cuidadores. Identificar áreas em defasagem no repertório comportamental de RNs prematuros nas áreas propostas pelo inventário (cognição, desenvolvimento motor, autocuidado, socialização e linguagem) pode subsidiar procedimentos de intervenção precoce para essa população.

2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS À PREMATURIDADE NO BRASIL

Como vimos até o momento, a prematuridade envolve múltiplos aspectos que necessitam ser contemplados em vista da promoção da saúde, minimização das possíveis sequelas e danos à saúde física e mental do bebê, da mãe e da família desse. Entretanto, para alcançarmos esse cuidado como algo de direito, foram necessárias décadas a fim de justificar políticas públicas voltadas a prematuridade que visaram a implantação de serviços e mecanismos que garantissem a sobrevivência e a qualidade de vida de bebês nascidos prematuros de forma a evitar prejuízos e um enorme custo financeiro a sociedade.

As primeiras políticas públicas de saúde surgiram a partir de grandes transformações políticas, sociais e econômicas na Europa no século XVIII, quando houve o estabelecimento de novas relações de poder entre estado e sociedade e a medicina social (FOUCAULT, 1984).

No século XVIII surgiu um marco em relação à infância. O reconhecimento deste período cronológico como uma etapa distinta e com características próprias de desenvolvimento humano conferiu ao mesmo, certa individualidade, passando então a ter um mundo próprio, separado dos adultos. Nesse contexto, o principal objetivo das primeiras políticas de saúde consistia em produzir maior número de crianças, com boas condições de vida, sob a imposição

de um conjunto de obrigações, tanto aos pais, quanto aos filhos. Isso porque para o estabelecimento dessas novas relações, o capitalismo baseado na razão, na tecnologia e na produtividade, necessitava reformular o modo de entender os indivíduos, transformando a visão de corpo individual para corpo social produtivo, que deve ser protegido e cuidado, de modo quase médico-biológico, higienista, sob controle e vigilância do estado.

As transformações sociais ocorridas na vida infantil se deram concomitantemente às mudanças estruturais na produção dos bens materiais das sociedades europeias, pois foi no período mercantilista, [...], que emergiu um novo juízo valorativo para a infância. O aumento da população tornou-se objetivo do estado, que tinha como meta a produtividade e o fortalecimento do exército (COSTA, 2010, p. 57).

Uma das medidas implementadas para o exercício do controle estatal foi a institucionalização do parto, constituindo-se numa das tentativas de se controlar e monitorar o desenvolvimento da população. Desde então, o entendimento sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e ao recém-nascido avançaram pelo desenvolvimento científico e tecnológico, permitindo a intervenção médica para melhoria das condições de saúde materno-infantil (NAGAHAMA & SILVIA, 2005)

No contexto sócio histórico e cultural do Brasil, o conjunto de intervenções voltadas para a atenção ao período da gestação e primeiro ano de vida continua como uma luta no escopo das políticas públicas de saúde até hoje. Tanto que a elaboração das políticas públicas voltadas ao recém-nascido culminou na consolidação de diversas leis e programas de saúde, voltados à atenção materno-infantil, que tiveram papel preponderante na organização dos sistemas e serviços de saúde existentes atualmente no SUS, como veremos mais à frente.

O SUS vem estabelecendo no Brasil, na última década, uma sólida base jurídica e um contíguo de Políticas Públicas visando resguardar os direitos do binômio mãe-filho; para isso, melhorar o acesso e a qualidade dos Serviços de Saúde torna-se imprescindível. Todavia, também é necessário o cumprimento dos direitos assegurados nas legislações e Políticas Públicas. Diante disso, é essencial que mulheres, gestantes, famílias e profissionais de saúde saibam exigir que os direitos e deveres sejam atendidos (UNICEF, 2011).

O objetivo deste tópico é então apresentar as principais políticas públicas de saúde ao recém-nascido no cenário brasileiro, a partir da década de setenta do século XX e demonstrar o impacto destas para a criação da assistência neonatal ao RN prematuro existente hoje.

De acordo com Moreira et. al (2004) a formalização das propostas programáticas na assistência à saúde materno-infantil encontra-se de forma mais evidente no Brasil a partir da

década de 70, com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujas ações estavam basicamente voltadas para o acompanhamento do pré-natal, controle dos partos domiciliares, controle do puerpério e para as ações de promoção da saúde da criança.

Seu desdobramento nos Programas de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) e no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) na década de 80 foi acompanhado por uma maior abrangência das ações, em relação à saúde da mulher, anteriormente limitada à oferta de assistência apenas nos períodos de gestação e parto, deixando a desejar principalmente nos quesitos acessibilidade, qualidade e continuidade do cuidado.

O final dos anos 70 ficou notabilizado pela articulação dos movimentos sociais na luta pela redemocratização do país e melhoria das condições de vida da sociedade brasileira. Dentre esses movimentos, destacou-se o da reforma sanitária, tendo como principal bandeira o direito à saúde como um direito de cidadania de toda a população. Esses movimentos foram fundamentais para se compreender as principais conquistas no início da década de 1980, no que tange às políticas de saúde voltadas à população materno-infantil (NETO et al, 2008).

A partir desses movimentos, a regulamentação legal dos direitos à proteção começou a surgir, ancorada [...] no interesse unilateral do estado brasileiro e impulsionada por forte pressão popular, que culminaria na aprovação de leis e políticas públicas que permearam todo o decorrer da década de 1980, intensificaram-se em toda a década de 1990 e estenderam-se até os anos 2000, pela formulação e execução de programas e estratégias de saúde pública voltadas à atenção materno-infantil (COSTA et al., 2010, p. 59).

De forma geral, nas décadas de 1980 e 1990, houve muitas conquistas sociais, por meio da Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, que contribuíram profundamente para delinear as transformações no modelo de saúde brasileiro, no que diz respeito à saúde da criança.

Na década de 80, o principal foco das leis e políticas públicas estava nas conquistas dos direitos da mulher-mãe, destacando que durante esta década, o RN não era visto como sujeito do cuidado. Até então ele ficava subsumido na atenção “integral” à mulher-mãe. Neste sentido, temos a regulamentação sobre o alojamento conjunto, pela Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Saúde, como norma básica para a implantação de alojamentos conjuntos em instituições hospitalares. Na medida em que proporcionava maior contato entre a mãe e o RN para o incentivo ao aleitamento materno, apontava o início de uma série de transformações no campo da saúde. Embora fosse restrita a abrangência populacional dessa medida, “nascia nesse momento a percepção sobre a

necessidade de amparo legal como premissa inicial para a efetivação de práticas humanizadas, direcionadas para o parto e o puerpério” (COSTA ET AL, 2010, p.60).

Ainda na década de 80, outro marco de amparo à saúde da mulher e da criança foi a Constituição de 88, com diversos artigos que fundamentavam e constituíam a base dos direitos reprodutivos. Dentre eles, o direito das presidiárias de permanecerem com seus filhos durante a amamentação; a proteção à maternidade e à infância; a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e salário com a duração de 120 dias; a licença-paternidade fixada em lei; a assistência gratuita aos filhos e dependentes, desde o nascimento até seis anos em creches e pré-escolas; a proteção especialmente à gestante; e ao planejamento familiar (BRASIL, 1988).

Estes direitos representaram o impedimento de diversas formas de discriminação à mulher trabalhadora e, por outro, ampara e garante a independência financeira da mulher no momento reprodutivo, além de prover a renda de sobrevivência da mãe e do recém-nascido. Além disso, a garantia dos direitos sociais e reprodutivos na legislação brasileira rompeu, no âmbito legal, com concepções acerca do papel social exclusivamente reprodutor da mulher, ampliando o entendimento disso. Apesar disso, ainda não era dada ao RN a real atenção, sendo seus direitos garantidos somente no enredo das ações de proteção à mulher-mãe, não havendo leis específicas que assegurassem o adequado desenvolvimento físico-emocional do RN.

Já na década de 90, foi aprovada a Lei nº 8.069, em 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir do qual, os mesmos passaram a adquirir de amplos direitos de proteção de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e Estado.

Em 1990, com o ECA, o RN passou a integrar as preocupações no âmbito das políticas, especialmente por se beneficiar da atenção em saúde voltada à sua genitora. Até hoje, o ECA pretende assegurar à gestante, o atendimento antes e após o parto, proporcionar condições adequadas ao aleitamento materno, aos filhos de mães privadas de liberdade, e também, a implantação de alojamentos conjuntos, possibilitando a permanência do RN junto à mãe (BRASIL, 2008).

De tal modo, vemos que a partir da década de 1990, as políticas públicas passam a se configurar através da qualificação do que foi conquistado, uma vez que a visibilidade da necessidade a estes sujeitos já fora, colocada em pauta. **Neste contexto, começa-se a pensar no RN como sujeito do cuidado.** O olhar se volta às demandas específicas da população infantil. Passando as políticas a se configurar em torno do eixo da humanização em saúde.

Com a implantação em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, a saúde da criança

foi efetivamente potencializada. Paralelamente a isso, destaca-se que em 1991, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), cujo objetivo era a atenção perinatal, enquanto responsável pelos cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido. Esta proposta organizou a assistência perinatal a fim de regionalizar este atendimento; prover a melhoria da qualidade da assistência ao parto; o incremento da qualidade da assistência ao recém-nascido; instituindo o alojamento conjunto e incentivando o aleitamento materno.

Centrando esforços em direção aos princípios da humanização do atendimento materno-infantil, o MS lançou, em 1993, a portaria GM/MS n.º.1016, tornando obrigatória a implantação do alojamento conjunto durante [...] internação da gestante e do recém-nascido no Brasil, considerando a necessidade de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento mãe-filho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, p. 42).

Moreira et al. (2004) ao comparar a trajetória dos países com os melhores indicadores perinatais (BODE ET AL., 2001; PHIBBS, 1996; RICHARDSON ET AL., 2001; RIEGEL, 1986) com a trajetória brasileira até o final da última década (Quadro 1), podemos visualizar as diferenças que contribuem fortemente para a distância entre os resultados alcançados:

Quadro 3.Comparativo de estratégias usadas na Assistência Perinatal em países com bons indicadores e estratégias usadas no Brasil

PAÍSES COM MELHORES RESULTADOS PERINATAIS	BRASIL
<ul style="list-style-type: none"> - abordagem integral dos diferentes elos da cadeia perinatal (pré-natal, parto e período neonatal); - diagnóstico e monitoramento dos dados epidemiológicos sobre nascimentos e óbitos e disponibilidade de sistemas confiáveis de informação sobre a utilização de serviços; - estrutura de rede integrada, regionalizada, hierarquizada e planejada para a demanda; - utilização de mecanismos de avaliação e controle de qualidade do cuidado perinatal. Valorização crescente da utilização de rotinas e práticas baseadas na melhor evidência disponível. 	<ul style="list-style-type: none"> - fragmentação tanto na abordagem dos elos da cadeia perinatal quanto na ausência de rede integrada de serviços; - falta de uniformidade na cobertura e de confiabilidade dos registros sobre nascimentos, óbitos e utilização de serviços; - dificuldades de acesso e iniquidade em função da oferta insuficiente de serviços, especialmente os de maior complexidade; - incorporação inadequada de tecnologia, insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos e utilização ainda insuficiente de práticas baseadas na melhor evidência disponível.

Fonte: Moreira et al. (2004, p. 34).

Sendo assim, a partir do final da década de 90, encontramos uma série de iniciativas do Ministério da Saúde no intuito de melhorar o cuidado no campo da assistência perinatal. Destas, duas se destacam por contribuir para a organização do sistema perinatal: o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (FRIAS, 2008).

A primeira iniciativa se refere à organização dos Estados para o atendimento à Gestante de Alto Risco, onde foram destinados recursos específicos para criação de centrais de leitos, aquisição de equipamentos e treinamento de profissionais que atingiram 226 maternidades em diferentes regiões do país. Com esta iniciativa, o governo federal buscou através de incentivos para os municípios, melhoria da qualidade da assistência pré-natal e do vínculo até o parto.

O Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) por sua vez foi criado e implantado através da Portaria nº.569 de 1/6/2000, com o objetivo primordial de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país. Para isso, baseia-se no direito inalienável da cidadania, portanto, direito ao acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, através da organização adequada dos serviços de saúde, assegurando a integralidade da assistência e com investimentos e custos necessários. A principal estratégia deste programa é a reorganização da assistência através da vinculação pré-natal, parto e puerpério, fazendo com que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido seja realizada com qualidade e sob os trilhos da humanização.

Em vários países, as redes colaborativas neonatais se consolidaram com o objetivo de melhorar a efetividade da assistência neonatal, por meio de programas coordenados de pesquisa, educação e projetos de melhoria da qualidade. Neste contexto, a preocupação com a qualidade de vida e com os aspectos éticos que envolvem a sobrevivência de prematuros é um desafio significativo nos países desenvolvidos e deve ser refletido (COSTA ET AL, 2010, p.63).

De acordo com os autores supracitados, cabe destacar a necessidade da época e que permanece ainda hoje nas práticas de revisão das práticas assistenciais que cercam o parto e o nascimento, num movimento que abarque variadas estratégias de humanização. Garantir as boas práticas de atenção obstétrica e neonatal e resgatar o parto e o nascimento como momentos especiais e de grande valor social para as mulheres, seus bebês e suas famílias, são elementos centrais naquilo que se convencionou chamar de “movimento de humanização”.

Atualmente existem diversas políticas públicas voltadas ao cuidado do recém-nascido a termo e pré-termo. Contudo, podemos destacar enquanto política pública voltada aos recém-

nascidos a termo a **Rede Cegonha**, que promove a assistência materno infantil, incluindo bebês prematuros e a termo, cuidando de forma integral e humanizada até dois anos e a política pública de humanização no atendimento neonatal de risco (prematuro) denominada “**Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru**”.

A partir de 1999, foi disseminada no Brasil, a política pública de humanização no atendimento neonatal de risco – a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru, através de normas e protocolos e de um amplo processo de capacitação coordenado pelo Ministério da Saúde, estando apoiada em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele o mais precoce possível e o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê (BRASIL, 2002, p. 11).

Esta política pública de saúde em específico, foi regulamentada pelo Ministério da Saúde brasileiro, por meio da Portaria nº 693 de 05 de julho de 2000 definindo as diretrizes para sua implantação nas unidades médico- assistenciais integrantes do SUS.

Com essa Portaria, o Ministério da Saúde instituiu o Método Canguru como uma política pública nacional dirigida à saúde infantil. Esse Método surgiu como uma proposta interdisciplinar para melhor atender o prematuro e sua família.

O Método foi criado na Colômbia, no ano de 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, pelos Médicos Reys Sanabria e Hector Martinez. Na ocasião, havia uma escassez de recursos físicos e tecnológicos, mas houve a percepção de que havia vantagens econômicas, e melhora nos aspectos psicoafetivos e físicos do bebê. O Método é composto de três fases, em que as duas primeiras são predominantemente no hospital e a terceira é o acompanhamento ambulatorial, conhecido como follow-up, que é o acompanhamento do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo nos seus diferentes marcos desenvolvimentais por uma equipe multiprofissional especializada. Nessas etapas há um caráter de promoção do cuidado ao bebê e à família, promovendo a participação familiar, o estímulo ao aleitamento materno e o estabelecimento de vínculo entre pais e com o RN.

No follow-up, deve-se identificar as características de desenvolvimento, autorregulação, temperamento e comportamento da criança; desta forma é possível orientar os pais e ajudá-los a compreender essas diferenças individuais e dar suporte para que eles aprendam a manejá-las. Assim, as orientações assumem um caráter de intervenção preventiva permitindo evitar a ocorrência de problemas de desenvolvimento e comportamento da criança e protegendo a saúde mental dessas crianças em risco (KLEIN, GASPARDO, LINHARES, 2011, p. 510).

Por fim, vale destacar que no início do Século XXI, em 2006, foi elaborado o Pacto pela Saúde, firmado entre os gestores do SUS, o qual abrange três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No contexto do Pacto pela Saúde, um de seus objetivos prioritários é o da redução mortalidade puerperal (infantil e materna), tendo como meta estabelecer que o acompanhamento pré-natal de qualidade seja ofertado à totalidade de gestantes no próprio Município onde residem (UNICEF, 2011).

Em 2004, foi firmado o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com intuito de articular os atores sociais para a melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças. Já em 2008, a taxa de mortalidade na infância no Brasil era de 22,8 óbitos por mil Nascidos Vivos, com visível redução em todas as regiões do País [...] 62% na região Nordeste, 57% na região Sul, 55% na região Sudeste e 53% nas regiões Norte e Centro-Oeste (BLENCOWE et al., 2012, p. 46).

Em 2009, a diminuição da mortalidade neonatal foi assumida como meta da redução das desigualdades regionais no País, o Brasil assumiu as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre as quais destaca-se a redução da mortalidade infantil. O ODM Quatro tem como meta reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2011).

Para Blencowe et al., (2012) 43% das mortes em crianças menores de cinco anos ocorrem durante o período neonatal. Nesse sentido, é imprescindível garantir a continuidade no preparo materno, indo desde o pré-natal, até os serviços de alta complexidade, visto que, a prematuridade também é considerada um problema de Saúde Pública e, o esclarecimento prévio sobre essa condição pode minimizar as dificuldades maternas, em relação aos cuidados do bebê, após a alta hospitalar (DUARTE ET AL.,2010),

A alta hospitalar do prematuro ocorrerá independente das condições de moradia e da competência dos pais, tornando-se necessário um vínculo entre os diversos níveis da Rede de Atenção à Saúde para a realização adequada da assistência em saúde de acordo com a complexidade que compete a cada instituição. A fim disso, a Atenção Primária deve traçar estratégias de cuidado para os recém-nascidos prematuros a partir do que foi vivenciado e orientado à mãe cuidadora e sua família durante todo o período de internação hospitalar, visando oferecer segurança e apoio à mãe nos cuidados domiciliares com seu prematuro.

O acompanhamento do recém-nascido pré-termo é de vital importância e, idealmente, deve ser concretizado por uma equipe multiprofissional altamente capacitada e integrada. Assim, é primordial que todos os profissionais da área da saúde tenham conhecimento sobre os recém-nascidos que necessitam desse acompanhamento, de forma a encaminhá-los

precocemente aos serviços de saúde específicos (FERRAZ et al., 2010), visando assegurar menores riscos e a diminuição da morbimortalidade do binômio mãe-filho.

No que concerne ao papel e à responsabilidade dos Profissionais de Saúde que atuam na Neonatologia, fica explícito que este profissional tem a obrigação de atuar juntamente à família, desde o acompanhamento gestacional no pré-natal, o período puerperal, na internação nas UTI Neonatais e na continuidade da atenção às crianças prematuras no âmbito domiciliar. As ações de saúde devem então englobar alguns temas: a atenção à saúde da criança, com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação, tratamento de eventuais agravos à saúde que possam atingir às crianças e também a promoção à Saúde.

Outrossim, os profissionais devem reforçar o direito à Saúde da criança em todas as Esferas de atenção, primária, secundária e terciária, incluindo a adequada referência e contra referência; e, não obstante, a Educação em Saúde, visando capacitar os pais e cuidadores a prestarem assistência adequada às crianças prematuras no próprio domicílio, objetivando torná-los protagonistas no cuidado de sua criança, para assim se conferir maior segurança aos cuidadores, um cuidado mais efetivo à saúde da criança e, conseqüentemente, uma melhora na qualidade de vida do binômio mãe-filho e de toda a família.

Os achados podem contribuir à reflexão sobre as práticas em saúde, visando maior visibilidade aos profissionais sobre a importância de se fornecer aos pais, acesso às informações e aos serviços de saúde, respeitando todo o seu contexto biopsicossocial e suas necessidades, individualidades, proporcionando-lhes assim maior autonomia no cuidado ao seu recém-nascido prematuro e, conseqüentemente na tomada de decisão em relação ao RN prematuro.

3 BASES TEÓRICAS DA PESQUISA

Tendo em vista que a problemática dessa pesquisa envolve as contribuições de um Programa de Extensão no contexto da saúde e tem como objeto de estudo a subjetividade, é fundamental a adoção de um referencial teórico que possa abarcar a complexidade e a dinâmica implicadas nesse contexto.

Sendo assim, o desenvolvimento deste trabalho está situado em uma perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, partindo da Teoria da Subjetividade desenvolvida por Luís Fernando González Rey. Tal referencial permite uma melhor compreensão dos conceitos utilizados e os limites e possibilidades desta pesquisa, sendo necessário um aprofundamento da implicação do mesmo, e é o que será feito a partir de agora.

3.1 A PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

A Psicologia Histórico-Cultural é uma corrente teórica da psicologia que diferencia-se de outros sistemas científicos pela relação que mantém com a filosofia, buscando em sua concepção filosófica - o materialismo histórico dialético - os marcos metodológicos para o desenvolvimento da investigação científica. Ademais, a historicidade é o eixo que organiza e sustenta seus pressupostos, visto que a verdadeira concepção dialética em psicologia é a compreensão da conduta humana como a história da conduta.

De acordo com Sirgado (1990) a Psicologia Histórico-Cultural está associada fundamentalmente aos nomes Vigotsky, Leontiev e Luria. Estes autores, além de suas contribuições para com a Psicologia ofereceram contribuições muito importantes em diversos campos e áreas, entre elas a Linguística, Pedagogia e Neurologia, em um momento em que a Psicologia Científica encontrava-se fortemente caracterizada pelo experimentalismo.

A Psicologia Histórico-Cultural surgiu no início do século XX, no contexto da Revolução Soviética, cujo princípio foi a aplicação do materialismo histórico-dialético à psicologia como forma de superar a crise da psicologia. Esta corrente adota a constituição da criança e sua humanização pela via da concepção de um sujeito concreto (SILVA & HAI, 2011, p. 01).

No início do século XX, partindo do ponto de vista teórico, três correntes principais se destacavam no campo psicológico: a **Introspecionista**, inaugurada por Wundt (1832-1928), que se dedicava a descrição dos fenômenos de consciência por meio da análise de seus

elementos constituintes; a **Gestaltista**, fundada por Wertheimer (1880-1943), Kofka (1871-1946) e Kohler (1887-1946), que se opunha ao elementarismo introspeccionista e propunha uma análise holística dos fenômenos psíquicos; e a **Funcionalista** que, a partir dos trabalhos de Dewey (1859-1952) e Angell (1889-1949), contrapunha também ao elementarismo introspeccionista uma análise das funções da atividade consciente.

Vale destacar nessa época o manifesto de Watson (1913) lançando nos EUA a chamado revolução behaviorista, a qual constituía um retorno ao elementarismo do modelo S-R (estímulo-resposta), descartando do campo da análise científica os fenômenos da consciência e os processos mentais enquanto fenômenos subjetivos e deixando também de lado os processos neurofisiológicos. Enquanto isso, Freud (1856-1939) já consolidava as bases do movimento psicanalítico na Europa e na América.

As psicologias russas e europeia por sua vez, estavam ligadas por laços culturais, mas a psicologia russa apresentava características culturais peculiares, principalmente, em razão da sua história e do forte fervor socialista no fim da era tsarista (SANTOS & AQUINO, 2014).

[...] Um país enorme em proporções geográficas, com grande atraso econômico e cultural, arrasado pela guerra civil e pela guerra imperialista, deveria transformar-se em um curto espaço de tempo em um país capaz de produzir o suficiente para garantir a sobrevivência e satisfação da população, sob pena de mergulhar na mais profunda barbárie (TULESKI, 2002, p.55).

De acordo com Lucci (2006) a guerra civil, as invasões estrangeiras e a crise financeira na sociedade soviética levaram a escassez de alimentos, que resultou em um longo período de fome, doenças e mortes provocando a criação de um novo regime liderado por Lenin em 1921, o regime comunista. Entretanto, mesmo sob todo esse contexto, os que estavam a frente deste regime tinham o desejo de promover uma série de processos renovadores, onde o objetivo principal era construir uma nova sociedade amparada na teoria marxista, o que implicava no desenvolvimento de um novo olhar sobre a ciência.

O conhecimento devia sido um dos pilares dessa nova sociedade, considerando que, de acordo com a teoria marxista, ele evita a alienação no trabalho e liberta o homem. Mas, [...], a filosofia marxista contém uma epistemologia materialista e uma lógica dialética que requer o desenvolvimento de uma nova concepção de ciência. (ROSA & MONTERO, 1996, p.70)

Nesse sentido, Valsiner (1988) afirma que duas tradições tiveram grandes influências na psicologia soviética: uma no contexto da biologia evolucionista, com Vagner (1849-1934) e

Severtsov (1866-1936); outra no da neurofisiologia, em que se destaca Sechenov (1829-1905), iniciador da corrente reflexológica, e seus sucessores.

Várias ideias da construção teórica de Vigotsky, Luria e Leontiev, principais nomes da Psicologia Histórico-Cultural como já citado, tiveram origem nesta dupla tradição, tais como: a dupla linha de desenvolvimento (a natural e a social-cultural); a visão holística do desenvolvimento e a função dos instrumentos na atividade humana; a ideia da existência de duas categorias de funções – as elementares e as superiores, assim como o conceito de interiorização das funções psíquicas, presente na dupla dimensão das condutas – a voluntária e a involuntária; a importância da atividade na transformação da realidade externa e interna da pessoa; e a função atribuída à linguagem.

Entretanto, vale lembrar que todas essas influências têm em comum, como um pano de fundo as ideias fundamentais da filosofia de Marx e Engels:

Em janeiro de 1923, realizou-se na Rússia o I Congresso de Psiconeurologia, reunindo pesquisadores de todo o país. [...] tratava-se do mais importante fórum para os cientistas que trabalhavam na área geral da psicologia - sob a denominação de psiconeurologia. Nesse congresso [...] se formulou pela primeira vez a necessidade de se fundamentar a ciência psicológica nos postulados do materialismo histórico-dialético, proposto por Marx e Engels (PASQUILINI, 2006, p. 67)

De acordo com a autora acima já no II Congresso de Psiconeurologia, em Leningrado, no ano de 1924, "(...) Vigotsky fez sua primeira aparição pública no cenário da ciência psicológica" (SHUARE, 1990, p. 54), despertando grande admiração e resultou em um convite para trabalhar no Instituto de Psicologia da Universidade de Moscou. Nesse ano Vigotsky, Luria e Leontiev iniciaram um trabalho conjunto formando um grupo conhecido como "*troika*".

Daí por diante, outros estudiosos foram agregados e conforme afirma Golder (2004) Vygotski foi reconhecido como o grande fundador da teoria histórico-cultural e precursor de ideias estudadas e aprofundadas por um grupo de pesquisadores que se dedicou a desenvolver essa corrente da psicologia, mais conhecido como a Escola de Vigotsky, sendo possível identificar inclusive a “especialidade” de cada um dos autores no grupo:

Leontiev (Psicologia geral, teoria da atividade, personalidade e sentido pessoal); Luria (Neuropsicologia, processos psicológicos superiores, cérebro e psiquismo); Galperin (Teoria da formação da atividade mental por etapas); Elkonin (Psicologia do jogo); Zaporojets (Periodização do psiquismo humano, psicologia evolutiva); Bojovich (Psicologia da personalidade); Morozova (Metodologia e fundamentos da educação especial). (GOLDER, 2004, p. 22).

De acordo com Dala Santa & Baroni (2014) Vigotsky e os demais membros da corrente histórico-cultural tiveram a coragem de empreender uma leitura marxista dos fenômenos psíquicos, sem enquadrá-la hermeticamente na interpretação oficial dos princípios marxistas.

Diferente dos trajetos percorridos até o momento na área, a pretenciosa intenção de Vigotsky era estabelecer um estudo psicológico amparado em um estatuto científico, fazendo convergir as correntes psicológicas antagônicas que poderíamos chamar de “naturalista” e “mentalista”, e assim romper com o olhar reducionista e mecanicista das psicologias objetivistas de compreensão do comportamento humano, como a reflexologia e as ideias pavlovianas, mas sem reproduzir as concepções idealistas e subjetivistas que validavam o sujeito como privado e abstrato.

3.1.1 Vigotsky: um novo olhar sobre o homem e seu desenvolvimento

Como vimos até o momento, o nascimento da Psicologia Histórico-Cultural se deu em um contexto no qual a história estabelecia para a sociedade russa pós-revolucionária a necessidade de encontrar os meios para sobreviver, ao mesmo tempo que convivia com ameaças militares, políticas e econômicas do ocidente.

Sendo assim, Vigotsky surgiu na psicologia em um momento importante para a nação soviética, pois com a revolução, aparece uma nova sociedade que acaba exigindo a constituição de um novo homem. Este fato, foi marcado por definições ideológicas, com intensa inquietação do corpo de intelectuais russos, em busca de novas formas de pensamento.

Em 1925, Vigotsky escreveu seu primeiro livro sobre Psicologia da Arte, no qual discorre sobre o funcionamento dos mecanismos mentais e a partir disso, compreender o funcionamento das atividades mentais superiores.

Por meio da atividade social, os seres humanos se relacionam com a realidade objetiva tendo em vista satisfazer as suas necessidades. E, é justamente para melhor captar e dominar a realidade que processos mentais se complexificam, originando as Funções Psicológicas Superiores. Vigotsky assevera que o aparato que se dispõe no nascimento do indivíduo assegura apenas as funções psicológicas primárias, contudo, num processo extremamente rápido, o indivíduo vai apropriando-se de novas atividades e formas de relações com o mundo pelas quais desenvolve modelos culturais de comportamento (VIGOTSKY, 1984, p. 61).

Portanto, às características biológicas asseguradas pela evolução da espécie são acrescidas funções produzidas na história de cada indivíduo por decorrência das apropriações do patrimônio material e intelectual historicamente construído (MARTINS, 2007).

Sendo assim, podemos verificar que o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, segundo Vigotsky, não é nem puramente interno, nem se resume às ações reflexivas, mas se configura na soma entre os fatores de ordem biológica e as relações que se estabelece com o meio social. O homem é, por conseguinte, um ser social, biológica e historicamente determinado, cuja ação consciente sobre a realidade o constrói e o consolida como ser humano.

A partir destes escritos, ficou evidenciado que a primeira missão que a revolução imprimiu para a psicologia russa e conseqüentemente, a Vigotsky, foi a análise dos problemas de aplicação prática. Por suas influências humanistas, biológicas, das diversas escolas do estruturalismo, formalismo e da filosofia e sua bagagem cultural, reunia condições necessárias para mentalizar e materializar através de palavras, uma nova concepção de educação, pedologia (Ciência que estuda as crianças) e Psicologia.

[...] o conceito de zona de desenvolvimento proximal por exemplo enfatiza o caráter social do desenvolvimento intelectual, centrando na ação pedagógica o estímulo do que potencialmente uma criança pode desenvolver, para que a educação não se atenha somente ao nível em que efetivamente ela se encontra (VIGOTSKY, 1984, p. 67).

Com relação a Psicologia, Vigotsky (2004, p.393) afirma que é necessário criar “[...] seus conceitos de classe, base, valor – com os quais possa expressar, descrever e estudar seu objeto”. Porém, a questão não está baseada na tentativa de resolver os problemas que se colocam para a Psicologia, substituindo-a por outras ciências ou filosofia. Trata-se de buscar, na sua especificidade enquanto ciência busque explicar o que é o homem “[...] aprofundando o conhecimento sobre os homens reais, entendendo-os a partir das contradições de um desenvolvimento histórico-social determinado, contribuindo para explicitar as relações entre uma necessidade histórica e a liberdade individual” (TANAMACHI, 2007, p. 64).

Para isso, o autor buscava desenvolver uma teoria psicológica que levasse em consideração o método lógico do materialismo histórico-dialético para entender o psiquismo humano. Entretanto vale ressaltar que:

Vigotski não foi um teórico do marxismo, mas um pensador marxista. Essa sutil diferença é um fator determinante na sua configuração intelectual, na medida em que o pensamento marxista representava o substrato teórico sobre o qual Vygotski construiu a sua psicologia, mas não os limites aos quais ela estava circunscrita. O materialismo histórico-dialético visto como método mais coerente de leitura da realidade em seu desenvolvimento histórico, representou para Vygotski uma importante ferramenta na tarefa de estabelecer um modelo científico de estudo dos fenômenos psíquicos (DALA SANTA & BARONI, 2014, p. 02).

Isso quer dizer que, a construção da Psicologia marxista era vista por Vigotsky como o processo de construção de uma psicologia verdadeiramente científica, que não seria calcada na justaposição de citações extraídas dos clássicos do marxismo a dados de pesquisas empíricas realizadas por métodos fundamentados em pressupostos filosóficos contraditórios ao marxismo. “Vigotsky entendia ser necessária uma teoria que realizasse a mediação entre o materialismo dialético, como filosofia de máximo grau de abrangência e universalidade, e os estudos sobre os fenômenos psíquicos concretos”. (DUARTE, 2003, p. 40).

Diante do exposto, vemos que Vigotsky (2004) defendia a construção de uma nova sociedade, na qual pudesse ocorrer o desenvolvimento livre e completo do pleno potencial humano. Ademais, buscava apoiado em Marx, o desenvolvimento omnilateral do homem e não o desenvolvimento unilateral distorcido das capacidades humanas.

3.1.2 A Noção de Sujeito para a Psicologia Histórico-Cultural

A teoria Histórico-Cultural da psicologia, defende que o indivíduo já nasce em um universo social e cultural que constitui seu meio. Esse meio é a expressão concreta das transformações feitas ao decorrer dos tempos através da atividade. Neste universo é constituída uma série de produções culturais e relações entre seres humanos, tornando este espaço significativo, sendo possível ser conhecido e capaz de estabelecer comunicações.

As funções biológicas, herdadas geneticamente, são por si só insuficientes para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, sendo necessária a descoberta e a apropriação das características humanas e da produção cultural dos homens (Vygotsky, 1986).

Nesta abordagem, o sujeito é constituído por meio da relação dialética envolvendo os processos de apropriação e objetivação no seu contexto cultural e dependerá das condições objetivas de vida e das atividades transformadoras em sociedade. O indivíduo só existe em uma trama de relações, sendo membro de um grupo social no qual ele é influenciado durante o seu desenvolvimento histórico. A formação da sua personalidade e o modo como manifesta o seu comportamento depende de uma evolução social cujas determinações são feitas pelo social (VIGOTSKY, 1930).

A constituição do sujeito acontece em um processo socialmente construído, em um campo de inter-relações subjetivas configurado como um lugar de encontro, confronto e de negociações entre o eu e o outro. O eu se constitui naquilo que o outro e o sistema social no qual pertence, o possibilita ser. Dito de outra forma, os processos de desenvolvimento do

indivíduo, aparecem primeiramente em um nível coletivo/social para depois ser interiorizado por ele (MOLON, 2011).

Há uma permanente dialética entre a realidade psicológica e a forma como se estrutura a nossa sociedade, as transformações ocorridas na estrutura social produzem concomitantes alterações na realidade psicológica.

Cada forma historicamente definida de produção material tem sua forma correspondente de produção espiritual, e isto, por sua vez, significa que o psiquismo humano – que é o instrumento direto dessa produção intelectual – adquire forma específica a cada estágio determinado do desenvolvimento (VIGOTSKY, 1930, p. 60).

3.1.3 A Teoria da Subjetividade

Ao tentar preencher algumas lacunas em relação às definições ontológicas dos conceitos mais complexos de Vigotsky, González Rey (2002, 2009c, 2013b) avançou em uma definição de subjetividade em uma perspectiva cultural e histórica, em que o social se integra ao sistema psíquico de maneira recursiva ao individual. Assim, tornou possível estudar a natureza psicológica dos fenômenos humanos como parte de um sistema complexo e fluído.

Bock (2004) afirma que a Psicologia Tradicional traz concepções universalizantes e naturalizantes da subjetividade. O homem e seu mundo psíquico são pensados de forma natural, com capacidades e características da espécie, e o desenvolvimento pode ocorrer caso o indivíduo seja inserido em um meio adequado.

Podemos, então, perceber na Psicologia Tradicional cisões como: razão x emoção, objetividade x subjetividade, que tem comprometido a “[...] apreensão gnosiológica do indivíduo real e concreto, alimentando equívocos no tratamento dispensado ao psiquismo humano de nefastas implicações pedagógicas” (MARTINS, 2007a, p. 118).

Já a subjetividade na definição cultural-histórica, aparece como qualidade dos processos humanos nas condições da cultura. Nesse sentido, trata-se sempre de fenômeno historicamente situado. Portanto, definida a partir do caráter simbólico-emocional da experiência humana, a subjetividade vai além da compreensão intrapsíquica, íntima e individual.

Gonzalez Rey é um autor que discute esse tema em profundidade, e desenvolveu a Teoria da Subjetividade nos últimos vinte e poucos anos mediante inúmeras influências filosóficas e teóricas. Sua teoria tenta dar visibilidade às formas complexas por meio das quais se expressa o psiquismo humano a partir de uma perspectiva histórico-cultural (MITJÁNS

MARTINEZ, 2005). As principais influências que participam do desenvolvimento da Teoria da Subjetividade são a psicologia soviética, o marxismo, e a teoria da complexidade.

Os pioneiros da psicologia soviética que contribuíram diretamente para o desenvolvimento dessa teoria foram Vygotsky e Rubinstein. Além de assumirem o caráter histórico-cultural do psiquismo humano, esses pensadores apresentaram uma compreensão dialética da relação entre o sujeito individual e a vida social.

A **dialética** favoreceu a superação da dicotomia entre indivíduo e sociedade, assim como entre o externo e o interno, ao explicar que os sistemas evoluem dentro de contradições geradas por eles. Um dos aspectos do pensamento dialético é a possibilidade de gerar um conhecimento que não fique preso em categorias *a priori*, e que seja capaz de aprofundar a organização qualitativa não observável dos problemas estudados.

González Rey (2002) lançou um delineamento teórico que apresenta a subjetividade enquanto possibilidade de transcender atribuições universais que caracterizaram os estudos sobre o desenvolvimento psíquico, ou psicológico. Isto é, a **subjetividade** traz à luz um novo sistema que toma proporções diferenciadas do que vem sendo caracterizado como o psicológico na história desta ciência, que passa a ser compreendido enquanto “processos de sentidos e de significação que apontam para a complexidade pelo caráter multidimensional, recursivo e contraditório com que são concebidos” (MITJÁNS MARTÍNEZ, 2005, p.15).

Deste modo, a subjetividade é ainda um sistema qualitativamente distinto da psique, tanto por ser representativa da unidade simbólico-emocional, como por possibilitar estudar outra dimensão na organização dos múltiplos fenômenos culturais, sem conferir tal organização a qualquer função isolada, ou atribuir qualquer determinismo externo ou intrapsíquico. Ou seja:

A categoria subjetividade, tal como concebida, não é equivalente ao psicológico. Existem processos psicológicos automatizados, sensoriais e outros formais, desprovidos de emocionalidade, que não se incluem no que se entende por subjetividade (MITJÁNS MARTÍNEZ; GONZÁLEZ REY, 2017, p.53).

Para Mitjás Martínez (2005), a Teoria da Subjetividade apresenta-se na definição e articulação das principais categorias, a saber: *subjetividade, sujeito, sentido subjetivo e configuração subjetiva*. Como um sistema complexo, a subjetividade tem dois espaços de constituição permanente e inter-relacionada: o individual e o social, que se constituem de forma recíproca e, ao mesmo tempo, cada um está constituído pelo outro. O objetivo dessa divisão não significa que exista uma subjetividade do indivíduo e outra da sociedade, mas que a subjetividade tem dois espaços de constituição permanente (GONZÁLEZ REY, 2004).

A saúde é um processo subjetivo, pois na sua organização integra-se o social, o cultural e a história diferenciada das pessoas e sociedades. [...] nesse aspecto, a saúde seria um processo subjetivado que não se esgota na experiência individual e, tampouco, é determinado por processos sociais (MORI, 2014, p. 113).

A **subjetividade individual** refere-se aos processos e formas de produção subjetiva que contradiz e confronta, permanentemente, os espaços sociais de subjetivação. Os processos de produção de sentidos subjetivos do sujeito não reproduzem nenhuma lógica externa ao sistema individual no qual esses sentidos são produzidos.

A **subjetividade social** é o sistema em que se integram diferentes configurações subjetivas (grupais ou individuais) na vida social. Assim, cada espaço social é configurado subjetivamente, e a subjetividade social seria a rede em que estão interligados esses espaços, que se apresentam configurados na dimensão subjetiva das pessoas, grupos ou instituições.

Os estudos de González Rey possibilitam uma ruptura com a ideia de um **sujeito** isolado, estático, naturalizado e separado do meio social. Uma concepção histórico-cultural do indivíduo é aquela que o reconhece como subjetivamente constituído, rompendo com sua definição natural e, ao mesmo tempo, não o dilui em uma determinação social linear e imediata (GONZÁLEZ REY, 2004b). Assim, ao considerar o sujeito deve-se assumir sua história de vida, experiências e fenômenos socioculturais que se integram num mesmo sistema.

A categoria **sentido subjetivo** por sua vez, é conceituada pelo autor como um tipo de unidade auto organizada da subjetividade que se caracteriza por uma integração de significados e processos simbólicos em geral e de emoções, nas quais um elemento não está determinado pelos outros, embora tenha a capacidade de evocá-los (GONZÁLEZ REY, 2004, p. 17).

Nesse sentido, o estudo dos sentidos subjetivos possibilita a visibilidade de nuances únicas da vida particular de cada sujeito concreto. Essa característica do mesmo implica na revitalização da singularidade para a pesquisa ou processo psicoterapêutico.

Dessa forma, o estudo dos sentidos subjetivos possibilita compreender a significação humana de fenômenos sociais, entendendo por significação processos em que estão implicados aspectos cognitivos e uma variedade de elementos como emocionalidade, a história do sujeito, valores, crenças, momento atual, representações sociais:

O sentido sempre transita pelo singular e se produz no singular. Não há sentido universal, pois todo sentido subjetivo tem a marca da história de seu protagonista, ou seja, além do sentido subjetivo permitir uma representação complexa da subjetividade, olvida qualquer reducionismo enfatizando a singularidade humana (GONZÁLEZ REY, 2004, p. 17).

Por fim, as **configurações subjetivas** são as formas mais complexas de organização dos sentidos subjetivos. Não formam uma estrutura, mas representam um sistema envolvido de forma permanente com outras configurações, em uma relação na qual uma delas pode se integrar com o elemento de sentido de outra, em decorrência do posicionamento do sujeito, nos diferentes momentos de sua vida (GONZÁLEZ REY, 2004).

As configurações subjetivas estão associadas a uma produção de sentidos subjetivos que antecede o momento atual da ação do sujeito. Isso quer dizer que não existe uma linearidade de causa e efeito com a produção de sentidos do sujeito, ou seja, a configuração de sentido é um sistema em que vários sentidos subjetivos estão presentes e que foram constituídos em diferentes momentos da vida do sujeito e que podem participar direta ou indiretamente na ação atual desse sujeito (GONZÁLEZ REY, 2004).

Mediante esses conceitos é possível compreender que a repercussão subjetiva de situações vividas não poderá ser estudada nas manifestações dos comportamentos concretos diante de determinada situação, nem pelas expressões intencionais. Ademais, ao enfatizar o caráter menos mutável das configurações subjetivas, é coerente a reflexão de que não se alterarão repentinamente, ou por um dado elemento qualquer. Porém, não são estáticas.

Sendo assim, a base principal do processo de desenvolvimento relaciona-se à configuração subjetiva atual, que é fonte de produções subjetivas dinâmicas e, por assim dizer, suscetíveis a mudanças contraditórias (GONZÁLEZ REY, 2012b). Nesse sentido, pode-se compreender que o **movimento configuracional da subjetividade humana** se dá na produção de novos sentidos subjetivos que passam a ser gerados pela configuração subjetiva da ação, em que novos sentidos subjetivos integram outros em um novo momento da configuração subjetiva (GONZÁLEZ REY, 2004a; ROSSATO, 2009; AMARAL, 2011).

Desse modo, fala-se em um “desenvolvimento subjetivo” que é um processo ininterrupto, que se desdobra em recursos subjetivos que poderão oferecer ferramentas subjetivas ao modo de viver as inúmeras possibilidades situacionais que emergem no curso da vida. Este processo permite refletir que a qualquer momento de percurso, a depender dos sentidos gerados, poderá favorecer a criação de trajetórias subjetivas alternativas às atuais (GONZÁLEZ REY, 2004a).

De tal modo, a repercussão de um novo momento ao desenvolvimento é imprevisível, por ser experimentado a partir de outras configurações subjetivas já existentes no aglomerado subjetivo das pessoas (GONZÁLEZ REY, 2012b).

O processo de desenvolvimento não pode ser compreendido como conjunto de aquisições ordenadas, que de forma progressiva e fragmentada permitem novas operações do sujeito, senão como um processo extremamente complexo em que de forma simultânea se apresentam elementos constituídos que estão além da capacidade de simbolização dos sujeitos implicados, e elementos construídos que adquirem sentido pela emocionalidade do sujeito comprometido nessa construção. Isto faz do desenvolvimento um processo contraditório e não linear, que não pode ser reduzido a um padrão. O desenvolvimento o compreendemos desta forma como processo vivo e contraditório, em que sentidos subjetivos de diferentes procedências sociais se configuram no processo dialógico do sujeito em seus diferentes espaços sociais (GONZÁLEZ REY, 2001, p. 12).

Dessa forma, considerando esta dimensão do desenvolvimento proposta, destitui-se o papel central de qualquer função ou elemento estanque e isolado nesse processo, quer seja a emoção ou a fantasia, e traz visibilidade à recursividade de diversos elementos que se unem na rede configuracional e que compõem o momento de desenvolvimento subjetivo (GONZÁLEZ REY, 2012b). Tal momento toma forma mediante um conjunto de desafios, tensões, rupturas, que pode vir a gerar recursos subjetivos à maneira de viver uma dada experiência.

3.1.4 Saúde e Subjetividade na Psicologia Histórico-Cultural

A saúde embrutece os sentidos. A doença faz os sentidos ressuscitarem.
(Rubem Alves)

De acordo com González Rey (2016) historicamente, cada sociedade, em determinado período gerou suas próprias práticas de saúde dentro do seu repertório de expressões culturais. Nesse processo, por muito tempo as práticas de saúde foram relacionadas a ritos místicos e religiosos – algo que continua presente até hoje em determinados setores da população em todo o mundo, e também ao uso de substâncias naturais com recurso de cura, as quais foram especialmente avançadas em algumas culturas.

Ainda que a noção de doença como conjunto de signos e sintomas passíveis de observação tenha surgido já na Grécia antiga com os trabalhos de Hipócrates, foi somente com o advento do capitalismo, apoiado pela Ciência Moderna, que se gesta a chamada Medicina Moderna ou Modelo Biomédico — ainda dominante atualmente nas práticas médicas de todo o mundo. De modo geral, o objetivo central dessa medicina é o combate às doenças adquiridas, ficando o termo saúde reservado para um conjunto de práticas complementares, de caráter secundário, das que podem participar profissionais diversos.

O conceito de saúde gestado historicamente na medicina e amparado por uma cientificidade, se coloca de forma objetiva segundo o foco exclusivamente da doença, e não da saúde. Assim, na medida em que a medicina compreendia o corpo exclusivamente em sua dimensão biofisiológica, o resultado foi encerrar o conceito de saúde apenas como ausência de doença (CZERESNIA, 2012).

A ideia moderna de patologia, tanto mental como somática, são que as enfermidades representam conjuntos de sintomas padronizados e os sintomas por sua vez representam o fenômeno de forma mensurável, quantificável e observável, permitindo a classificação das patologias. Entretanto, González Rey afirma que tais definições, pautadas nos ideais positivistas de ciência, implicaram na eliminação das diferenças individuais que se expressam frente a doenças semelhantes, ocultando a necessidade de se desenvolver recursos teóricos para explicar os processos singulares do desenvolvimento das doenças.

Desse ponto de vista, podemos verificar que o modelo biomédico levou à fragmentação mecanicista do organismo em órgãos, que representam até hoje a gênese e desenvolvimento da doença na representação dominante desse modelo, sem compreender como esse órgão inscreve-se no funcionamento complexo da pessoa em que se instala a doença. Nesse contexto, o corpo foi tratado – traço ainda muito presente nas práticas médicas na atualidade, como uma máquina formada por partes relacionadas, mas com funcionamento independente de cada uma das partes.

Também o instrumentalismo da ciência moderna, em que o instrumento representou uma forma de apreender um saber objetivo sobre o mundo, afastou a medicina da clínica tradicional, centrada em exame profundo e singular do paciente. Sendo assim, a medicina foi se associando a profissionais cada vez mais passivos, com menos preparação para a formulação de hipóteses diferenciadas sobre os pacientes e mais dependentes dos resultados de técnicas sofisticadas de diagnóstico, panorama observado hoje na maioria dos médicos jovens.

O caráter mais sofisticado dos instrumentos se traduziu na separação entre o sintoma localizado no órgão e o funcionamento do organismo. Os recursos tecnológicos culminaram em procedimentos sofisticados de detecção nos órgãos, no entanto, incapazes de fornecer informações sobre as complexas formas de organização e funcionamento do órgão dentro de configurações específicas dos múltiplos sistemas que, de forma simultânea, aparecem no funcionamento humano (GONZALEZ REY, 2015, p. 12).

Tonelli (1998) destaca que esse instrumentalismo crescente da medicina e sua dependência das evidências empíricas levou no começo dos anos 90 à criação do termo “medicina baseada em evidência”. Porém, essa forma de fazer medicina, dominante na instituição médica, tem recebido fortes críticas pelo seu caráter reducionista, que se apoia em concepção unicausal da doença, excluindo sua compreensão multicausal.

A “medicina baseada em evidência” segue a tradição de manter o órgão como o *locus* da doença, ignorando completamente o modo de vida, a qualidade ambiental e a qualidade da vida pessoal e relacional das pessoas. Unido a isso, o caráter gerador dos complexos sistemas de organização vital das pessoas são ignorados, aparecendo a doença como resultado de causas externas pontuais, como já era definida por Pasteur e Koch no século XIX e princípios do século XX, respectivamente (GONZALEZ REY, 2015, p. 14).

Desse modo, o positivismo implicou na naturalização do corpo e doença, tratada fora do contexto das práticas culturais e dos processos de subjetivação da pessoa afetada. Essa tendência apoiada na naturalização de um saber que é histórico e cultural por definição, pretende alcançar soluções universais para problemas que vão mudando em sua própria natureza e que exigem “o desenvolvimento permanente de novas hipóteses e caminhos de pesquisa capazes de acompanhar essas mudanças e gerar novas formas de entender os processos envolvidos na saúde e nas doenças” (GONZÁLEZ REY, 2016, p. 10).

Além disso, a evolução do conceito de doença como conjunto de sintomas tem evoluído para crescente patologização de comportamentos singulares, que, ao serem concebidos como afastados da média comportamental de um grupo humano, são classificados como patológicos, evitando-se outras leituras sobre o sentido desses comportamentos. Assim, o diagnóstico clínico frente à crescente identificação de comportamentos concretos como patológicos, transforma-se em um meio de controle e higiene social, sendo atribuído a comportamentos que expressam, pela sua configuração subjetiva, outros significados tanto sociais como individuais.

Gonzalez Rey nos aponta ainda que, apesar de todos os avanços tecnológicos, a complexidade do funcionamento do corpo frente aos processos simbólicos que caracterizam a existência social humana é até hoje profundamente desconhecida, o que tem levado à impossibilidade da produção de saberes sobre diversos aspectos sumamente relevantes para os processos de saúde, tornado “a tradicional ideia de saúde como ausência de sintomas e os aspectos sanitários insustentável” (COSTA, 2015, p. 101).

O pensamento de González Rey, no tocante à saúde, aproxima-se aos constructos teóricos da saúde coletiva que se evidenciariam mais fortemente no Brasil na década de 1990. No entanto, há um aspecto caro à sua teoria que se apresenta como elemento que distingue suas contribuições na saúde das pesquisas da saúde coletiva, que é **a centralidade dos processos subjetivos do sujeito na constituição de um estado de saúde.**

O tema da subjetividade, excluído do positivismo, com sua pretensa definição objetiva e natural do ato de saber, também ficou excluído da prática e instituição médica dentro da qual os psicólogos passaram a ter funções complementares ao saber médico, marcando participação

cada vez menor nas pesquisas sobre a gênese, o desenvolvimento e a modificação dos processos associados às doenças. Portanto, as contribuições da subjetividade na saúde estão situadas no contra hegemonia científica e têm procurado recuperar o qualitativo nas pesquisas da saúde.

É imprescindível recuperar os aspectos subjetivos das doenças, articulando de modo contundente as dimensões culturais e sociais da saúde que são desconsideradas no modelo biomédico caracterizado por sua base epistemológica organicista e atomista (GONZÁLEZ REY, 2011, p. 26)

Sabemos que até os dias de hoje, a subjetividade é amplamente confundida com o subjetivismo, embora se tratem de dois conceitos diferentes. Enquanto o subjetivismo representa a ênfase em uma gênese intrapsíquica dos fenômenos humanos de maneira separada de outras condições da vida, a subjetividade é qualidade específica dos processos e fenômenos humanos nas condições da cultura, algo inseparável das condições de vida da pessoa, ainda que não seja uma expressão direta e linear dessas condições.

Nesse processo, ao invés de promover contribuições para a produção de conhecimentos que impliquem diversas áreas do saber frente a um fenômeno complexo — o que seria o caminho para a transdisciplinaridade — as diversas especialidades procuram seu “micro objeto” diferenciado em relação às outras ciências que tratam do mesmo assunto. Tal “micro objeto” tem sido em grande medida o foco que levou ao advento da psicologia da saúde, no intuito de criar o seu “próprio espaço”. Essa concepção é uma das formas naturalizadas de realidades culturalmente geradas, chamado objeto das ciências específicas.

A partir dessas críticas González Rey afirma que é necessário um redimensionamento sobre a concepção de saúde, no intuito de superar sua visão fragmentada e centrada nos sintomas do corpo biológico. Nesse caso, **a saúde pode ser compreendida como a qualidade dos processos de vida, não como atributo que se tem ou não** (GONZÁLEZ REY, 2011).

Nesse contexto, o autor defende que a saúde deve ser compreendida como um processo e não um produto, entendendo que a saúde é “[...] um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade inseparável” (GONZÁLEZ REY, 2004, p. 01).

[...] na saúde, combinam-se estreitamente fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais, sociais e psicológicos. A saúde é uma expressão plurideterminada e seu curso não se decide pela participação ativa do homem de forma unilateral. Esse é um dos elementos que intervém no desenvolvimento do processo, pois muitos dos fatores da saúde são alheios ao esforço volitivo do homem (GONZÁLEZ REY, 2004, p. 02-03).

Nessas ideias estão lançadas as bases de um entendimento ampliado de saúde que incorpora aspectos que estão para além do individual, projetando o social como parte importante da constituição do conceito de saúde. Desse modo, ela é concebida enquanto processo que expressa a integralidade do desenvolvimento humano e sua promoção só pode ser entendido como o resultado do funcionamento da sociedade de modo geral, com ênfase para a relevante função das instituições sociais em atividade. Em afinidade, Pelbart (2012, p. 11-12) afirma que diferente do entendimento do modelo biomédico, a saúde não se coloca enquanto luta contra a ‘doença’ ou o ‘desvio’, mas produção de vida, arte de subjetivação, potência de encontro”.

Na concepção de González Rey (2011), saúde mental por sua vez é a capacidade de gerar novos sentidos subjetivos diante dos conflitos, que se situam no domínio das configurações subjetivas, mais do que em condições objetivas. Patologia, por outro lado, é a impossibilidade de gerar novos sentidos, ou a perda ainda que temporária dessa capacidade geradora do sujeito. Nessa lógica, experiências de sofrimento e crises de vida são constitutivas das condições humanas ordinárias. O que é específico são os modos a um só tempo culturalmente constituídos e singulares de fazer frente aos dilemas da existência.

Mediante essa visão, o que se entende por saúde encontra-se indissociado da cultura, sendo impossível defini-la em termos absolutos e de forma abstrata. Somente se torna possível reconhecê-la e descrevê-la à medida que distintos povos buscam defini-la por meio da expressão de suas práticas em situações concretas de vida. Nesse sentido, o conceito de saúde está relacionado com aquilo que se acredita ser a integralidade da vida (WILSON, 1984).

Se reconhecermos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico pode ser chamado de anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos equivalentes. Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser, normativo, nessa situação e em outras eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 1982, p. 158).

Por meio dessa abertura teórica, a própria relevância do termo “saúde mental” é colocada em debate, posto que se afasta da tradicional visão de uma psique que está em conexão, porém que encontra-se distanciada do soma, tornando-se impossível circunscrever fenômenos dentro da saúde meramente somática ou mental.

González Rey (2011) vem consolidando a teoria da subjetividade como referencial basilar no desenvolvimento teórico frente às práticas médicas principalmente no contexto da saúde mental. Nesse sentido, acentua-se sua severa crítica à perspectiva causal e determinista

das práticas psiquiátricas, que compreendem a patologia como uma entidade que reduz o sujeito à condição de vítima de um ente externo a ele, desconsiderando completamente os processos de configuração subjetiva advindos de complexos desdobramentos do modo de vida da pessoa.

Para o autor, a perda da condição de sujeito frente à atuação dos médicos tem levado paulatinamente ao reforço de um contexto institucionalizado da terapia, no qual o paciente encontra-se sempre numa posição de refém em sua condição incompetente na relação com o médico. Assim, “aponta para a relevância da emergência do sujeito nos processos terapêuticos sem o qual seria muito difícil uma mudança qualitativa nas práticas afeitas à saúde mental”.

Pesquisar a subjetividade é precisamente buscar entender como as diversas esferas se integram na vivência da pessoa, em sua produção simbólica e emocional no curso do seu desenvolvimento. Possibilitando, a articulação entre as dimensões da saúde e da educação na vivência de situações concretas em que essas dimensões estejam intensamente implicadas (GOULART, 2013, p. 30),

Segundo González Rey (2009), o caráter educativo de uma experiência se faz presente quando há o favorecimento de novas reflexões, emoções e reações entre os participantes dessa experiência, de forma a estimular uma postura ativa por parte deles, em um espaço social constituído pela troca e pela possibilidade de crítica, no qual tanto as pessoas envolvidas se desenvolvem, como o próprio espaço social em questão. Nessa perspectiva, a **educação** está vinculada à construção de processos de cidadania, por meio da abertura de novas possibilidades de inserção social, comprometendo-se com processos de mudança da condição social.

Dessa forma, podemos verificar que a clínica centrada na patologia trabalha com uma lógica de exclusão, enquanto a clínica voltada para a subjetividade e para a educação permite uma lógica de transformação. Essas e tantas outras transformações possíveis têm como premissa a ideia de que o tratamento de saúde nessa esfera não possui um valor intrínseco, estando ligado com seus desdobramentos na vida concreta da pessoa.

A partir desse ponto de vista, **uma relação somente alcança a condição de “terapêutica” quando são promovidas mudanças que favoreçam a criação de caminhos alternativos de desenvolvimento em relação à paralisação subjetiva do outro.**

Visto isso, uma nova via de se pensar a saúde é aberta pelos estudos da subjetividade numa perspectiva cultura-histórica e nos auxilia a repensar cotidianamente tanto as práticas de saúde, quanto as práticas da psicologia ligada a saúde de forma a resgatar verdadeiramente o nosso objeto de estudo que é a subjetividade.

4 BASES EPISTEMOLÓGICAS E METODOLÓGICAS DA PESQUISA

Apresenta-se neste capítulo a Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (1997, 2005a, 2005b), na qual se apoia a pesquisa construtivo-interpretativa, considerada como um diferencial para atender os procedimentos metodológicos deste trabalho.

Nas próximas seções, expõe-se brevemente o contexto dentro do qual essa proposta surgiu e em seguida, discorre-se acerca de seus pressupostos. Nos demais tópicos, são apresentados elementos metodológicos que orientam a presente pesquisa, como o cenário da pesquisa, os instrumentos, participantes e detalhamento das atividades que foram realizadas no âmbito da pesquisa em campo.

4.1 INTRODUÇÃO À EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA

Modelos experimentais e estudos homogêneos de base empírica marcaram, desde o início do século XX, grande parte das produções na Psicologia e na Educação. A EQ surge então em um cenário, em que a ampla maioria das formas de produção do conhecimento respondiam a um paradigma positivista, que era responsável por outorgar àquelas formas legitimação científica. Diante da necessidade de abrir novos campos epistemológicos na pesquisa qualitativa, sua emergência buscou ultrapassar o instrumentalismo, o controle sistemático e a rigidez metodológica na produção do conhecimento.

Uma das consequências resultante das características pertencentes aos modelos tradicionais foi o estudo dos fenômenos de maneira isolada, sem conexão com a realidade, de modo que uma indefinição ontológica foi perpetuando-se, impedindo a produção do saber relacionados aos processos complexos e dinâmicos da vida humana (GONZÁLEZ REY, 2005b).

De acordo com Gatti (2012) também a ideia de investigação científica que se propagava, promoveu a noção de uma objetivação do saber em que a relatividade dos fenômenos tornou-se inquestionável deixando de lado uma das principais características que deve permear a produção científica que é a consciência quanto às limitações dos conhecimentos trazidos à luz, quaisquer que sejam as metodologias utilizadas.

Deste modo, a Epistemologia Qualitativa foi introduzida como alternativa às propostas existentes que limitavam uma aproximação concreta e estabeleciam um padrão frente ao rigor

do que estava sendo investigado, propondo nova reflexão epistemológica que compreendesse a dimensão histórica, cultural e subjetiva dos fenômenos humanos. Além disso, sua introdução também se deu frente à necessidade de um aporte metodológico diferenciado que favorecesse o conhecimento profundo do objeto em estudo de modo a compreendê-lo em suas especificidades e complexidade e que, portanto, possibilitasse estudar a subjetividade como sistema, mediante atribuições das categorias propostas pela teoria. “A Epistemologia Qualitativa surge, assim, como possibilidade de estudar os processos subjetivos humanos tanto individuais, quanto sociais” (GONZÁLEZ REY, 1997, p. 50).

Tal fato posiciona-a contrariamente às propostas indutivas que caracterizaram uma parte importante das ciências humanas e sociais, em que se ignorou o singular, relacionado ao modo como as manifestações dos fenômenos se inter-relacionavam recursivamente com aquilo que trazia a pessoa em sua singularidade, que por sua vez lhe atribuía nova forma.

Para Geertz (1978) nessa compreensão, é possível pensar que a “verdade” científica é uma ilusão, pois é impossível alcançar de maneira geral, como um fenômeno será sentido por cada pessoa a partir de suas próprias produções, em que o significado é construído em um contexto social e histórico. Destarte, somente um sistema teórico que compreenda a singularidade da manifestação de qualquer fenômeno humano, além de que também busque favorecer sua emergência, que possibilite a confrontação da teoria com a produção do saber na pesquisa de campo, poderá gerar modelos que representem uma dada realidade.

Na produção de conhecimentos, sempre temos uma margem de incerteza, mesmo que esta, em alguns casos, seja de fato extremamente pequena. Para o pesquisador não existem dogmas, verdades reveladas e absolutas, vale dizer, não há conhecimento absoluto e definitivo (GATTI, 2012, p.10).

Ao reconhecer o caráter parcial e histórico da produção do conhecimento, compreende-se que novos alcances que contestem ou refutem o que foi antes estabelecido, pode ser revisado, discutido e desenvolvido para representar uma dada realidade, viabilizando a possibilidade de gerar inteligibilidade sobre o fenômeno, não esgotando novas hipóteses.

Tal fato, remete à noção de que **a produção do conhecimento é um processo constante de construção**. Essa é uma das contribuições heurísticas da Epistemologia Qualitativa, e que permite novos alcances no estudo do desenvolvimento subjetivo. Nesse sentido, a aproximação do caráter subjetivo dos fenômenos humanos torna viável o estudo de como as pessoas, no caso deste trabalho, as mães, estão a todo tempo produzindo subjetivamente e conseqüentemente estimulando seus bebês, a se desenvolver subjetivamente diante dos diversos contexto se como

tudo isso está recursivamente organizado em seu modo de pensar, ser, sentir e agir diante das situações que experimentam no curso de sua vida.

Em outras palavras, torna possível compreender que em cada pessoa a experiência vivida se organiza de maneira única, que por sua vez é indissociável da compreensão de qualquer fenômeno que a ela se relaciona. Concebe-se, deste modo, um enfoque qualitativo para se estudar os fenômenos humanos que, pela sua própria natureza são qualitativos (GONZÁLEZ REY, 2002).

Um novo caminho foi se concretizando, em que a superação de diferentes limitações resultantes de modelos hegemônicos foi possível a partir da junção de uma nova base epistemológica em que se uniram novos recursos teóricos da Teoria da Subjetividade, em uma perspectiva cultural-histórica. Sendo assim, a partir do caráter diferenciado da EQ, é possível pensar em um distinto marco epistemológico, em que concepções naturalistas são superadas a partir de uma aproximação diferenciada do objeto, considerando a sua complexidade.

Aplicando tal metodologia aos estudos relacionados à saúde a EQ é uma perspectiva que privilegia uma visão que integra os aspectos sociais e individuais de tal forma:

A subjetividade para González Rey articula-se em dois níveis de produção humana, o social e o individual e a saúde, por sua vez, é um processo subjetivo, pois na sua organização integra-se o social, o cultural e a história diferenciada das pessoas e sociedades. [...] nesse aspecto, a saúde seria um processo subjetivado que não se esgota na experiência individual e, tampouco, é determinado por processos sociais (MORI, 2014, p. 113).

A partir disso, podemos verificar que investigar sobre os processos de saúde a partir da EQ permite-nos avançar na compreensão desses como processos de sentido e de significado configurados de maneira plurideterminada, o que implica o reconhecimento da pessoa como sujeito e não como reflexo de outros processos que a constituem, como a doença. Assim como o reconhecimento do social como algo que integra os diferentes momentos individuais e configura-se nos diferentes contextos e relações humanas (MITJÁNS, 2005).

4.2 PRESSUPOSTOS DA EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA

Como afirma González Rey (1997, 2003, 2005a) os três fundamentos epistemológicos diferenciais que sustentam a Epistemologia Qualitativa são:

- 1) O caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, que defende que o conhecimento é uma construção e produção humana e não uma apropriação linear de uma realidade apresentada que pode ser generalizada;
- 2) A compreensão da pesquisa como processo dialógico - espaço de comunicação constante, no qual os participantes se tornam sujeitos, implicados, ressaltando por sua vez, o caráter comunicacional-dialógico dos processos subjetivos.
- 3) A legitimação do singular como produtor do conhecimento científico, o que implica considerar a pesquisa como produção teórica a partir da construção permanente de processos de construção intelectual que acompanham o curso da pesquisa. Assim, o singular legitima a informação produzida na medida em que o pesquisador vai desenvolvendo o modelo teórico no desenrolar da pesquisa;

A partir de agora aprofundaremos um pouco mais as discussões sobre esses pressupostos aqui expostos de forma a permitir uma compreensão mais abrangente dos diferenciais da EQ e suas implicações para a pesquisa realizada.

Ao afirmar que o conhecimento é construtivo-interpretativo, González Rey propõe a noção de produção sobre o estudado, em que se articulam as dimensões emocional e imaginária. Este modo de conceber a realidade supera a causalidade linear frequentemente concedida aos processos humanos. De tal modo, as construções realizadas em relação a qualquer realidade geram **zonas de sentido**, representando uma inteligibilidade sobre o problema estudado.

[...] o conhecimento é uma construção, uma produção humana, e não algo que está pronto para conhecer uma realidade ordenada de acordo com as categorias universais do conhecimento. Disso surgiu o conceito de “zona de sentido”, definido por nós como aqueles espaços de inteligibilidade que se produzem na pesquisa científica e não esgotam a questão que significam, senão que pelo contrário, abrem a possibilidade de seguir aprofundando um campo de construção teórica. Tal conceito tem, então, uma profunda significação epistemológica que confere valor ao conhecimento, não por sua correspondência linear ou imediata com o “real”, mas por sua capacidade de gerar campos de inteligibilidade que possibilitem tanto o surgimento de novas zonas de ação sobre a realidade, como de novos caminhos de trânsito dentro dela através de nossas representações teóricas (GONZÁLEZ REY, 2005d, p. 06).

A realidade é assim representada por meio da construção de **modelos teóricos**, que visam gerar visibilidade à complexidade de um sistema, distanciando-se da pretensão de abarcar o todo. Ao reconhecer tanto a infinidade, quanto a complexidade desta realidade, não há pretensões de se produzirem verdades estatísticas, mas sim considera-se que a produção do saber é um processo permanente de construção criativa frente ao novo, sendo inesgotável.

A realidade expressa-se nas contradições que aparecem entre o avanço de uma construção teórica e as diferentes resistências e formas inesperadas de expressão do momento empírico delimitado pelo **modelo teórico**. É com base nesse momento empírico que tal modelo teórico será desenvolvido. O momento empírico não é a expressão de uma “realidade em si”, senão o resultado do confronto da teoria com o que foi estudado no recorte de significação produzido pela teoria (GONZÁLEZ REY, 2005b, p.32).

Por tanto, neste sentido, despreza-se o universal, face às infinitas possibilidades de manifestação do singular, em que os processos se carregam de significados e sentidos que só se constroem frente à própria vida e contexto cultural das mães de bebês nascidos prematuros. Assim, não existe qualquer dado procedente de uma dimensão generalizada de um determinado elemento. O que existem são construções desenvolvidas mediante uma complexa rede de significados que emergem no curso da pesquisa, se apoiando na teoria como facilitadora de conceitos a serem construídos nesse processo.

O modelo teórico vai sendo desenvolvido no curso de pesquisa, partindo de hipóteses que, inclusive, podem ser contestadas por outras que vão surgindo no percurso. Este processo é resultado da construção da informação. Nele, o empírico não é subordinado ao teórico que, por sua vez, constitui-se enquanto produção intelectual do pesquisador, responsável pela construção e a interpretação diante do que está sendo estudado (GONZÁLEZ REY, 2012).

Para o autor, tal processo construtivo-interpretativo acontece durante toda pesquisa. O pesquisador ocupa um posicionamento protagonista, em que lhe é imprescindível ter criatividade. Tal lugar ativo sustentado por ele, relaciona-se à construção teórica que irá elaborar como resultado da pesquisa. Sua responsabilidade também envolve a construção de sentidos subjetivos frente às expressões do outro, em que se utiliza da via interpretativa para fomentar articulações de elementos da pesquisa que aparentemente encontram-se dispersos.

O indicador é o elemento mais hipotético e simples nesse processo de construção teórica. É da relação entre eles e as ideias do pesquisador, que as hipóteses que norteiam o curso da pesquisa vão aparecendo. Deste modo, eles conduzem a hipóteses que os integram, suscitando inteligibilidade sobre o fenômeno estudado (GONZÁLEZ REY, 2005a).

Dado que a organização das construções interpretativas é elaborada a partir de uma relação da articulação entre o pensamento do pesquisador e o campo estudado culminando na construção do modelo teórico, não há como falar em atribuições lineares *à priori*, já que as informações emergem frente ao momento e contexto em questão.

Essa articulação entre o pensamento do pesquisador e o momento empírico denomina-se **lógica configuracional**: O pesquisador vai construindo, de forma progressiva e sem outro

critério que não seja o de sua própria reflexão teórica, os distintos elementos relevantes que irão se configurar no modelo do problema estudado (GONZÁLEZ REY, 2005a, p. 81).

Nesse sentido, diversas construções vão sendo realizadas durante a pesquisa sem que sejam previamente definidas, uma vez que têm como ponto de partida a lógica do pesquisador. Refuta-se, dessa maneira, qualquer noção de lógica indutiva ou dedutiva, pois “a configuração como processo construtivo é personalizado, dinâmico, interpretativo e irregular” (GONZÁLEZ REY, 2005a, p. 123), da mesma forma que o é o processo de construção do conhecimento.

Por esse ângulo, a teoria é sempre confrontada pelas construções em processo no curso da pesquisa, que por sua vez passa a ter uma relação intrínseca ao modelo teórico. A relação recursiva entre ambos possibilita contestar a noção de algo dado e acabado, pois novos desdobramentos constantemente emergem no desenvolvimento da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2005a). Novas inteligibilidades vão surgindo que não se “encaixam” em nenhum aporte teórico existente. **Nesse entendimento, o modelo teórico é flexível em relação aquilo que gera, podendo ser a todo instante reformulado.**

Tem-se, portanto, uma construção da informação ininterrupta, em que recursos teóricos possibilitam tornar visíveis alguns processos ao pesquisador, funcionando como norteadores, mas que, no entanto, não constituem ferramentas a serem aplicadas de maneira abstrata ou obrigatória no trabalho de campo. Este vai sendo estudado em sua processualidade.

Diante do exposto, buscar-se-á uma produção de inteligibilidade em que a generalidade teórica será definida pelo modelo teórico que resulta da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2000). Trata-se, ainda, de legitimar o singular na produção do conhecimento científico, em um constante diálogo com a realidade estudada. Por meio de estudos de caso, a pesquisa será uma produção teórica, uma vez que a teoria se caracteriza pela construção do conhecimento, e não por designações previamente formuladas e que fazem parte do conhecimento generalizado. O caminho será, portanto, ativo e construtivo.

Com relação ao diálogo mais especificamente, podemos caracterizá-lo como central deste tipo de pesquisa, pois é por meio dele que muitas questões sociais e individuais emergem nas expressões das pessoas, explicitamente ou implicitamente (GONZÁLEZ REY, 2005a).

Nesse sentido, a interação dialógica entre pesquisador e pesquisado é essencial para o êxito da pesquisa na perspectiva da Epistemologia Qualitativa. A relação entre ambos favorece muito, para que o clima do cenário estimule as mães participantes, no caso desta pesquisa, a querer voluntariamente se envolver no diálogo e relatar suas experiências.

O espaço social que vai sendo organizado a partir disso é importante para a qualidade do diálogo a ser construído, pois pode ser fonte de posicionamentos ativos dos envolvidos na pesquisa. Considera-se, assim, a possibilidade, por meio do diálogo, da participante ir se tornando **sujeito no curso da pesquisa**, a medida que vai implicando-se na relação que vai se construindo com o pesquisador.

A comunicação é o espaço privilegiado em que o sujeito se inspira em suas diferentes formas de expressão simbólica, todas as quais serão vias para estudar sua subjetividade e a forma como o universo de suas condições sociais objetivas aparece constituído nesse nível (GONZÁLEZ REY, 2005a, p. 14).

Ou seja, a comunicação torna-se elemento essencial para compreender sentidos subjetivos e configurações subjetivas que possibilitam abranger como os diversos processos de vida das mães entrevistadas são subjetivados, e como se organizam recursivamente na maneira como atuam diante dos diferentes espaços. Nesse sentido, por meio do diálogo, os sentidos subjetivos podem emergir na fala da mãe do bebê nascido prematuro, possibilitando construir os processos de subjetivação do mundo vivido por ela, influenciando na sua produção diante das experiências no hospital.

Com essas ideias, supera-se uma epistemologia da resposta, que caracteriza a lógica instrumentalista de muitas das pesquisas tradicionais, que buscam nas respostas aos instrumentos a única fonte para a construção de conhecimento e acaba desqualificando o papel do pesquisador como um mero aplicar do instrumento, quando na verdade é a partir dele enquanto ser ativo que acontece o processo fundamento da pesquisa que é a interpretação das informações. O que acontece na Epistemologia Qualitativa, parafraseando González Rey (2004b, p. 20), é, portanto, “uma passagem da epistemologia da resposta para uma epistemologia da construção”.

As informações da pesquisa de campo, somente poderão ser adquiridas se houver maior aproximação do pesquisador com o sujeito, e para isso é importante repensar o papel dos instrumentos utilizados. As informações fornecidas por esses instrumentos deveriam ser estudadas pelo investigador mais cuidadosamente, de modo que levasse o pesquisador a compreender a produção de sentidos subjetivos do sujeito como ele se apresenta, e não como um “fornecedor” de dados que comprovem ou não uma teoria, sem um mínimo de reflexão sobre outras possíveis interpretações (GONZÁLEZ REY, 2005d, p. 90).

Considerando toda a complexidade envolvida na produção de sentidos subjetivos, ela não aparece explicitamente e de forma direta na expressão intencional do sujeito, mas

indiretamente por expressões muito diversas que devem ser significadas num processo construtivo-interpretativo por parte do pesquisador (GONZÁLEZ REY, 2007).

Por fim, o outro princípio epistemológico relacionado à proposta da pesquisa construtivo-interpretativa refere-se à legitimidade do singular como conhecimento científico. Tal legitimação provém de contribuições do caso singular ao modelo teórico que vai sendo construído (GONZÁLEZ REY, 1997, 2005a).

O desenvolvimento deste modelo teórico vai sendo constituído por elementos que emergem das expressões da pessoa, sobre as quais o pesquisador constrói indicadores sobre os sentidos subjetivos que podem estar se configurando no processo estudado. Uma vez construídas no modelo teórico, essas expressões singulares que contém o modo como o social foi subjetivamente configurado, culminam em alternativas de inteligibilidade em relação ao estudado. Deste modo, o critério legítimo para a construção do conhecimento é o singular.

Esse relevante aspecto da EQ representa uma grande inflexão sobre como a psicologia e as ciências antropológicas tradicionalmente legitimam a cientificidade do conhecimento, hipervalorizando procedimentos técnicos de coleta de dados do empírico em detrimento à reflexão criativa do pesquisador e a singularidade do que está sendo estudado.

[...] o dado, mais que uma expressão de respeito à realidade tal qual ela se apresenta, argumento que tem apoiado os autores positivistas a sustentarem a legitimidade do caráter científico da pesquisa, representa a primeira grande evidência de que qualquer aproximação à realidade é, inevitavelmente, uma expressão do conceito de realidade que precede e organiza tal aproximação. Portanto, [...] não há nenhum sentido em continuar definindo a coleta de dados como uma etapa da pesquisa: primeiro porque realmente os dados não se coletam, mas se produzem e segundo, pois o dado é inseparável do processo de construção teórica no qual adquire legitimidade. (GONZÁLEZ REY, 2005d, p. 100).

Assim, no escopo de uma rígida questão metodológica, que marca muitas das produções nas ciências humanas, o singular seguiu sendo sacrificado em prol da veracidade científica, que propõe a ideia de padronização como relevante à compreensão dos fenômenos humanos.

Mori (2014) concorda que o modelo de ciência atualmente está tradicionalmente pautado no modelo positivista que apresenta uma concepção de método puramente instrumental, retirando da sua formulação questões relativas ao papel da ciência, ou reduzindo-a a eficiência técnica de procedimentos e aparatos de pesquisa que levariam a um conhecimento “objetivo”. Para o autor, são decorrências dessa formulação, a naturalização dos fenômenos sociais e humanos, com a negação de sua historicidade e a desconsideração do conteúdo

histórico dos fatos e processos investigados; e a supervalorização de procedimentos e técnicas de pesquisa, em detrimento da discussão da relevância do conhecimento produzido.

González Rey (2005d) inverte o critério de legitimidade científica do nível empírico para o nível teórico, sendo possível apenas se a singularidade do trabalho do pesquisador se situe como núcleo da produção de conhecimento. O material empírico integra as ideias do pesquisador e são organizados num tecido metodológico com o qual o pesquisador se mantém protagonista no curso da pesquisa. A preservação desse processo é que dá legitimidade ao conhecimento produzido. Logo, o pesquisador está integrado intelectualmente na pesquisa e “a informação única que o caso singular nos reporta não tem outra via de legitimidade que não seja sua pertinência e seu aporte ao sistema teórico que está sendo produzido na pesquisa”. Isso porque a fala não é a fala do participante, é a construção do pesquisador com o todo.

Sendo assim, podemos verificar que a epistemologia qualitativa inova ao ressaltar a importância do resgate do sujeito e da subjetividade e da importância da apreensão desta realidade subjetiva no processo de construção e desenvolvimento das ideias, sendo a mais apropriada ao estudo dos processos psicológicos (MITJÁNS-MARTINEZ, 2005).

4.3 OBJETIVOS

- Identificar os sentidos subjetivos de mães de bebês nascidos prematuros e que participaram do Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras realizado em um Hospital Universitário a partir da perspectiva da psicologia histórico-cultural.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes desta pesquisa foram três mães de bebês nascidos prematuros e internados na Unidade Canguru do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) e que participaram de alguma forma do Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças nascidas Prematuras.

Todas aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, assinaram o TCLE e foram selecionadas pela pesquisadora, levando em conta os critérios de inclusão e exclusão especificados na próxima seção, além dos critérios de tempo e disponibilidade. A partir disso chegamos a seguinte caracterização das participantes da pesquisa:

Quadro 4 - Caracterização das participantes da pesquisa

NOME	IDADE	CIDADE QUE MORA	Escolaridade
Ana	27 anos	Paranaíba/MS	Ensino Médio Incompleto
Beatriz	26 anos	Campo Grande/MS	Ensino Médio Incompleto
Duda	18 anos	Paranaíba/MS	Ensino Médio Incompleto

Fonte: Elaborado pela autora.

Além disso, com relação a caracterização dos bebês nascidos prematuros, temos o seguinte panorama:

Quadro 5 - Caracterização dos bebês nascidos prematuros

NOME DA MÃE	SEXO DO BEBÊ	IDADE GESTACIONAL NO NASCIMENTO	TEMPO DE INTERNAÇÃO
Ana	Feminino	36 semanas	42 dias
Beatriz	Masculino	29 semanas	19 dias
Duda	Feminino	26 semanas e 3 dias	78 dias

Fonte: Elaborado pela autora

4.4.1 Critérios de Seleção

- Ser mãe de bebê nascido pré-termo internado no HUMAP;
- Estar internada na Unidade Canguru e ter passado por todas as fases anteriores – UTI Neonatal e Unidade Intermediária (UCINC);
- Ter participado de alguma ação do Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras;
- Ser maior de 18 anos de idade;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4.2 Critérios de Exclusão

- Não concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Ter menos de 18 anos de idade;
- Não estar com o bebê internado na Unidade Canguru;
- Não ter passado UTI Neonatal e Unidade Intermediária;

4.5 O ESPAÇO DA PESQUISA

4.5.1 Breve Caracterização do HUMAP

O Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) está localizado no Município de Campo Grande e é referência para o SUS em serviços assistenciais de média e alta complexidade no que se refere a tratamento de pacientes com HIV, Terapia Renal Substitutiva e em diagnose, cirurgia cardiovascular, hemodiálise, neurologia, gestação de alto risco, urologia, e tratamento com tomografia e litotripsia. Além disso, desenvolve atividades de pesquisa, extensão e serve como campo de estágio para os diversos cursos.

Inicialmente o HUMAP foi idealizado no final dos anos 60 e inaugurado em 13 de maio de 1971. Sua implantação foi concebida dentro do binômio ensino-assistência, cujo objetivo era oferecer um local para o ensino e aprendizagem do curso de Medicina da então Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMT) e para o atendimento à sociedade. Após pouco tempo, por falta de recursos, o Hospital foi fechado, sendo reaberto quatro anos depois, já em 1975.

Quanto à infraestrutura, o Hospital Universitário teve inicialmente três blocos. Posteriormente foi construída uma edificação para tratamento de câncer e foram ampliados os ambulatórios. Além disso, ao longo dos anos a estrutura foi sendo ampliada para atender à demanda por formação dos cursos da UFMS, e por atendimento qualificado à sociedade.

Em dezembro de 2013 foi celebrado o Contrato nº 251 entre a UFMS e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação. Desde então o plano de recuperação do Hospital já adotou medidas para a melhoria da infraestrutura física de vários setores, como é o caso da Unidade Neonatal.

Atualmente o Hospital ocupa uma área de 35 mil m², sendo cerca de 28 mil m² construída. Ao todo são 232 leitos e uma infraestrutura com Ambulatórios de Especialidades, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, CTIs Adulto e Pediátrico, UTI Neonatal, Unidade Coronariana (UCO), Pronto Atendimento Médico, Diagnóstico por Imagem, Serviço de Radiologia, Banco de Leite Materno, Hemodiálise e residência médica em 20 especialidades.

O Hospital continua sendo referência estadual em doenças infectocontagiosas e procedimentos de alta complexidade no tratamento de pacientes com HIV, terapia renal, diagnose, cirurgia cardiovascular, hemodiálise e neurologia, gestação de alto risco e urologia.

4.5.2 Breve Caracterização da Unidade Neonatal

A Unidade Neonatal do HUMAP/UFMS/EBSERH atualmente é composta de três setores atendendo todas as etapas de gestação de alto risco – a UTI com 06 leitos, a Unidade de Cuidados Intermediários com 11 leitos e a Unidade Canguru com 04 leitos.

A Unidade Canguru inaugurada em março de 2015, após a reforma de todo o setor, foi o último item que faltava para que a Instituição conseguisse habilitação como hospital referência em gestação de alto risco, atendendo todos os requisitos da Portaria nº 3.477/1998, do Ministério da Saúde. Desta forma, o HU torna-se o segundo hospital do Estado de Mato Grosso do Sul credenciado no Ministério da Saúde como referência em gestação de alto risco.

Enquanto equipe responsável temos as médicas Dra. Silvia Nakahita, que é chefe médica da Neonatologia e Dra. Aby Jaine Montes, chefe médica da UCIN e UCINCA. Enquanto responsáveis pela enfermagem temos a enfermeira Patrícia Trindade Benites da UTI Neonatal, e Renata Teles, enfermeira da UCIN e UCINCA.

Foto 2. UTI Neonatal após a Reforma



Fonte: HUMAP/UFMS.

Foto 3. Unidade Intermediária



Fonte: HUMAP/UFMS.

Foto 4. Unidade Canguru (UCINCA)



Fonte: HUMAP/UFMS.

Com relação a dinâmica de funcionamento do setor, a maior parte dos bebês nascidos prematuros quando apresentam algum risco de vida ou estão em estado grave de saúde são encaminhados à UTI Neonatal, sendo que os pais podem ir visitá-los apenas por um determinado período do dia e muitas vezes não podem nem pegar o bebê no colo ainda e a maior parte dos cuidados é de responsabilidade da equipe de saúde do setor.

Passado o risco de vida – o que pode levar dias ou meses – são então encaminhados à Unidade Intermediária, local no qual os bebês podem estar juntos da mãe 24h por dia, sendo que elas acabam dormindo no hospital e começa uma rotina de cuidados compartilhada com a mãe, onde ela é orientada quanto as necessidades de cada bebê, é estimulada a começar a amamentar o bebê e recebe atendimento de vários profissionais multidisciplinares que continuam acompanhando e cuidando dessa mãe e seu bebê.

Caso, o bebê esteja próximo de ter alta hospitalar e necessite apenas ganhar peso, ele é então encaminhado a unidade Canguru, a qual começa um trabalho mais intensivo quanto às orientações familiares com relação aos cuidados com o bebê após a alta. Como são poucos leitos, o risco de infecção hospitalar é menor, a mãe dorme em uma cama, o banheiro é compartilhado por menos mulheres, a família tem mais acesso e tem mais tempo para tirar todas as dúvidas e se preparar da melhor forma para ir para casa tornando o cuidado mais humanizado e direcionado para as necessidades do bebê e sua família, aumentando a satisfação da família, diminuindo o impacto da hospitalização e o índice de reinternação.

4.6 CENÁRIO DE PESQUISA

Para uma compreensão mais adequada da pesquisa, precisamos primeiro conhecer o cenário da pesquisa composto pelo Programa de Atenção Multidisciplinar aos Prematuros – PAMP, sua dinâmica de funcionamento, pessoas envolvidas, ações realizadas, enfim compreender um pouco da trajetória do Programa e a partir disso perceber o contexto que circunda a relação construída junto às mães participantes da pesquisa a fim de verificar a importância do mesmo na trajetória realizada por cada uma na Unidade Neonatal, como veremos mais à frente na construção das informações.

4.6.1 Conhecendo o PAMP

O Programa de Atenção Multidisciplinar a Prematuros – PAMP, anteriormente denominado Programa de Assistência ao desenvolvimento de crianças nascidas prematuras, foi

criado pela professora doutora Alexandra Ayach Anache, após a finalização um projeto de pesquisa em 2010 sobre gravidez na adolescência. Em 2011, o grupo de estudo sobre prematuridade se consolidou como um programa de extensão e vem sendo realizado desde então no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP/UFMS), especificamente no Ambulatório Pediátrico e no Setor de Neonatologia.

Após sete anos de existência, o programa se estruturou na perspectiva multidisciplinar e integrou-se às atividades do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Intervenção Familiar (LEPIF) do curso de enfermagem e ao Projeto de Estimulação Precoce de Recém Nascidos (PIPO) do curso de fisioterapia, sendo ambos realizados na Clínica Escola Integrada da UFMS e no Serviço de Atendimento Psicossocial (SAPS/UFMS).

Sendo assim, atualmente o PAMP se constitui como um programa de extensão integrado aos programas supracitados e vinculado ao Programa UFMS Acessível: Laboratório de Educação Especial sendo realizado no HUMAP, Clínica Integrada – UFMS e SAPS – UFMS, sendo uma proposta que integra profissionais da saúde e educação especial, visando à prevenção, a promoção de saúde e a inclusão de todos os envolvidos.

O intuito do Programa sempre foi construir ações que focalizem os bebês nascidos pré-termo e seus familiares, a fim de prevenir problemas de desenvolvimento, aprendizagem e saúde mental na trajetória de vida dessas crianças, se constituindo como um programa de extensão em saúde inovador e articulado. Para isso, possui como objetivos:

- 1) Oferecer atendimento psicológico para as mães de bebês nascidos pré-termo internados na UTI Neonatal do Núcleo do Hospital Maria Aparecida Pedrossian;
- 2) Avaliar o desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no Ambulatório de Pediatria do Núcleo do Hospital Maria Aparecida Pedrossian;
- 3) Orientar os cuidadores sobre o processo de desenvolvimento e aprendizagem das crianças nascidas pré-termo no Núcleo do Hospital Maria Aparecida Pedrossian e na Clínica Integrada e na clínica-escola do Serviço de Atendimento Psicossocial do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas;
- 4) Fomentar ações de trabalhos multidisciplinares, visando o atendimento integral às crianças nascidas pré-termo e que são consideradas de risco.

Para isso conta com o apoio e participação de equipes de estágio de Psicologia e Promoção da Saúde do curso de Psicologia da UFMS, bem como alguns acadêmicos pós-graduandos do mestrado de psicologia e de educação, sendo um importante e rico espaço de

formação teórica e prática dos acadêmicos, pelo atendimento clínico supervisionado na área da saúde, no contexto multidisciplinar. A fim disso, o grupo que atua no programa, além das práticas realizadas se reúne semanalmente para formação teórica, discussão de casos e produção de trabalhos para exposição em eventos científicos.

As ações realizadas pelo PAMP, para melhor entendimento da lógica das ações construídas até o momento, são separadas em três etapas:

- 1ª Etapa: Atendimento Psicológico no setor de Neonatologia do HUMAP/UFMS;
- 2ª Etapa: Avaliação e Acompanhamento Psicológico no Ambulatório de Pediatria – Follow-up do HUMAP/UFMS;
- 3ª Etapa: Seguimento Multiprofissional para crianças nascidas pré-termo e suas Famílias;

A primeira etapa do PAMP é realizada no Setor de Neonatologia, que inclui a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UNCIN) e Unidade Canguru (UCINCA).

Os atendimentos realizados por estagiários são divididos em duas modalidades: apoio psicológico às mães e familiares de bebês nascidos pré-termo, e oficina terapêutica oferecida às mães e familiares de bebês nascidos pré-termo.

As atuações utilizam os parâmetros mais atualizados do Manual do Ministério da Saúde, “Método Canguru – Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso” (BRASIL, 2017). Este método se configura em um modelo de assistência perinatal, para proporcionar um atendimento mais humanizado para as gestantes, recém-nascidos e suas famílias destacando a importância do cuidado com a saúde psicológica da mãe e familiares.

Desta forma, **o atendimento psicológico** auxilia a família a enfrentar os momentos diante de notícias difíceis e dar o suporte na construção do vínculo com o bebê, dificultado pelas adversidades enfrentadas nessa etapa, através do suporte psicoterápico minimizando os impactos da internação e contribuindo para o fortalecimento e desenvolvimento do bebê. Já as **oficinas terapêuticas** são realizadas uma vez na semana e englobam diversos instrumentos e atividades direcionadas às mães, cuidadores e familiares de bebês internados no setor promovendo um espaço diferenciado de diálogo e troca entre as mães e familiares que estão vivenciando esse momento de internação. Entre os objetivos das oficinas estão a proposta de estimular a comunicação e interação entre as mães dos bebês internados; realizar educação em saúde e orientações que se fizerem necessárias; Realizar atividades grupais prazerosas e pertinentes ao cotidiano das mães a fim de promover momentos de reflexão e apoio psicológico.

Verificamos que as oficinas tiveram uma boa aceitação por parte da equipe multiprofissional, das mães e familiares, pois além de atender a uma demanda do serviço, a psicologia teve contato com um maior número de mães e familiares, por vezes não acessíveis no atendimento clínico individual, criando um ambiente acolhedor de confiança e vínculo que facilitou todo tipo de aproximação e trabalho terapêutico, bem como a diminuição do sofrimento emocional, sendo uma importante modalidade de intervenção do psicólogo no hospital e uma das principais formas de trabalho humanizado realizadas no setor que visam a prevenção da saúde mental e fortalecimento emocional das mães e familiares.

O Manual Canguru também propõe como uma das etapas do Método Canguru, a continuidade da assistência após a alta hospitalar, que consiste em um momento de troca, de uma atividade na qual se pontua o atendimento de acordo com a demanda da família. (BRASIL, 2011). Essa continuidade do acompanhamento conhecida como **Follow-up**, acontece no PAMP como a segunda etapa de acompanhamento das famílias de crianças nascidas prematuras e ocorre no Ambulatório de Pediatria do HUMAP, onde são realizadas avaliações psicológicas do desenvolvimento e aprendizagem de crianças nascidas pré-termo, acompanhamento psicológico dos pais/cuidadores e psicorientação a família.

Os atendimentos ocorrem uma vez por semana, às quintas-feiras, no período matutino – das 7h às 9h junto a dois estagiários de psicologia e uma preceptora. Tal horário foi definido dada a disponibilidade da sala utilizada e, por ser o dia de atendimento de prematuros e baixo peso por parte da Medicina denominado Ambulatório da criança de risco.

As intervenções realizadas pelo PAMP visam na avaliação do desenvolvimento da criança e o acompanhamento para um desenvolvimento satisfatório. Para isso, é realizada inicialmente uma entrevista inicial, na qual os pais falam livremente e através da escuta qualificada procura-se identificar possíveis demandas para a realização de uma intervenção em colaboração com a família. Concomitante a isso, é preenchida uma ficha de anamnese com informações da trajetória de vida da criança e da família. Também foram criadas fichas para registro da evolução clínica, para anotações de cada atendimento destacando ganhos, retrocessos e particularidades do desenvolvimento da criança a partir de uma triagem dos problemas comportamentais, vínculos e manejos dessas situações e intervenções de apoio, utilizando protocolos de acompanhamento e escalas de desenvolvimento infantil para avaliações periódicas. Os registros são arquivados, respeitando as normas para sigilo das informações dos usuários, bem como para posterior acompanhamento do caso, encaminhamentos e comunicação com a equipe.

Vale ressaltar no que se refere aos aspectos do acompanhamento do desenvolvimento, é imprescindível desconsiderar a idade cronológica até os dois anos de idade da criança, já que a maturação diz respeito a sua idade corrigida e o acompanhamento dos aspectos psicológicos é fundamental tanto da criança, quanto dos seus cuidadores que também apresentam várias demandas frente ao impacto da prematuridade. Sendo assim, como apontam Linhares et al. (1999), mesmo que o foco do seguimento ambulatorial seja a criança, visando garantir uma boa qualidade do ambiente familiar, importante para o desenvolvimento pleno e sadio da mesma, é necessário acolher também a família.

Após parceria com os programas LEPIF E PIPO foi criada no PAMP uma terceira etapa de atuação denominada **seguimento multiprofissional** para as crianças nascidas pré-termo e suas famílias, que inclui o atendimento multidisciplinar da psicologia, da fisioterapia e da enfermagem na Clínica Escola Integrada do Instituto Integrado de Saúde da UFMS nos seguintes formados a serem explicitados a seguir.

Com relação a parceria criada entre PAMP e LEPIF, foi construída uma proposta de **atendimento multidisciplinar às famílias de crianças consideradas de risco.**

O LEPIF foi criado em 2016 e é coordenado pela Profa. Dra. Maria Angélica Marcheti com o intuito de promover o desenvolvimento de estratégias de intervenções e de cuidado à família no contexto da condição crônica de saúde. Os atendimentos ocorrem na Clínica Escola Integrada da UFMS e têm como objetivo a realização de atendimentos individuais de famílias que possuem crianças e adolescentes com deficiências, síndromes, transtornos mentais e, ou necessidade de cuidados contínuos no domicílio, por enfermeiros previamente qualificados para esse tipo de atendimento. Os encontros e intervenções são embasados na Teoria Sistêmica, constituindo-se de dez sessões.

No ano de 2017, o PAMP efetivou sua parceria com o LEPIF, dando início aos atendimentos das famílias encaminhadas ao LEPIF após a percepção da necessidade crescente das mesmas de receber apoio psicológico. Os primeiros casos encaminhados foram do grupo de atendimento às famílias de crianças com anemia falciforme. Para que isso fosse possível, primeiramente foi realizado um atendimento psicológico piloto de uma criança encaminhada pelo LEPIF, no qual foram realizadas discussões de caso clínico e ajustado o formato do atendimento multidisciplinar a ser seguido pelos dois projetos, assim como foram realizadas trocas de informações e experiências sobre os atendimentos, locais e horários possíveis.

Foram realizados atendimentos psicológicos junto a criança, seus pais e de ambos juntos de maneira concomitante, para definição das dinâmicas dos atendimentos, levantamento da

demanda e formulário de anamnese. Foi definido o Serviço de Atendimento Psicossocial da UFMS (SAPS) como local para atendimento por possuir salas adequadas e estar em local estratégico, que é perto do curso de fisioterapia e enfermagem.

Sendo assim, percebe-se que tal parceira representa um reconhecimento da importância da Psicologia nas ações de saúde, além da possibilidade de promoção do cuidado de saúde de forma integral e contínua com inclusão da família no tratamento. E, desta forma, além desse momento de discussão de casos e encaminhamento, o PAMP participa mensalmente de reuniões realizadas do LEPIF para estudo teórico, apresentação de pesquisas realizadas pelo Programa, participação dos colaboradores do grupo em eventos, entre outras diversas ações do mesmo.

Por fim, com relação a parceria criada entre PAMP e PIPO, foi construída uma proposta de **atendimento** psicológico às mães e familiares do Projeto de Intervenção Precoce e Orientações em Atenção a bebês de risco.

A notícia da deficiência ou dos cuidados continuados advindos da prematuridade na criança gera impactos significativos não só de quem cuida, mas de toda a família. Conforme afirma Oliveira e Poletto (2015), o nascimento de um filho faz os pais reverem projetos, haja vista, que tê-lo nessas condições exige mais tempo, responsabilidades, além dos custos envolvidos no tratamento. A família vivencia momentos de tensão, desamparo, sofrimento, angústia, medo, entre outros, e, por vezes, esses sentimentos podem paralisar os sujeitos, interferindo na continuidade do tratamento da criança.

Para Cunha e Benevides (2012) “a intervenção precoce [...] se justifica pela ideia de que a neuroplasticidade cerebral no período mais precoce do desenvolvimento infantil é maior, possibilitando à criança ganhos mais significativos, consistentes e duradouros em termos de aquisição de habilidade e competências futuras.” Desta forma, o atendimento precoce de crianças com deficiência é essencial e o trabalho do psicólogo se torna fundamental neste processo. Sua atuação pode seguir diversas linhas de intervenção, como:

- 1) atenção humanizada e qualificada ao cuidador e a família da criança com risco no desenvolvimento, contemplando as necessidades biopsicossociais e espirituais dos sujeitos;
- 2) incentivo ao aleitamento materno, em busca de benefícios ao desenvolvimento do bebê e o favorecimento do vínculo afetivo mãe-bebê;
- 3) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, possibilitando encaminhar as crianças com a faixa etária de 0 a 6 anos de idade para outras especialidades;
- 4) atenção à saúde mental, que permite a identificação e o reconhecimento de sinais e sintomas indicativos de psicopatologias e outras fontes de sofrimento psíquico;

5) atenção à criança com necessidades especiais, que fomenta medidas preventivas frente a possíveis alterações do seu desenvolvimento;

6) ações sócio educativas por meio de rodas de conversas entre as famílias que são atendidas.

Dentre essas linhas, o psicólogo pode atuar também na intervenção precoce de recém-nascidos e crianças advindas da prematuridade. É neste campo, que o PAMP firmou parceria com o Projeto de Intervenção Precoce e Orientações em Atenção a Bebês de Risco da Professora Dr^a Daniele de Almeida Soares Marangoni, do curso de Fisioterapia da UFMS.

Tal acordo se deu na necessidade de construir ações no acolhimento e na escuta qualificada de famílias de crianças com diagnósticos de deficiências e/ou atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Nessa área de estágio, o trabalho é realizado por um acadêmico de Psicologia e uma preceptora de Psicologia, uma vez por semana, às quartas-feiras, das 15h às 17h. A cada hora são atendidas três crianças pelos fisioterapeutas, totalizando seis atendimentos durante cada tarde de estágio.

A cada semana uma família é atendida na Sala de Psicologia da Clínica Escola Integrada, por meio da **escuta e do apoio psicológico**, além de serem observadas as intervenções realizadas pelos acadêmicos de Fisioterapia com as crianças, a fim de acompanhar a evolução dos casos clínicos. Além disso, uma reunião mensal é realizada juntamente aos acadêmicos de Fisioterapia para a discussão dos casos e elaboração de projetos terapêuticos singulares de cada criança atendida pelo PIPO. E, na última semana de cada mês, são realizadas **rodas de conversas** pelos acadêmicos de Fisioterapia e Psicologia, nas quais são trabalhadas ações sócio educativas aos acompanhantes e familiares.

Por fim, a partir dos registros documentais, é possível elencar os avanços nos atendimentos, como: o maior engajamento das famílias nos tratamentos dos seus filhos; o fortalecimento do vínculo afetivo entre a família e à criança; a redução do preconceito; e o aumento de competências por meio das informações transmitidas às famílias, acarretando no fortalecimento desses cuidadores, para que possam seguir adiante.

Para concluir, percebe-se que o Programa ao se tornar multidisciplinar ficou mais completo e ao articular-se junto a outros projetos já existentes ganhou mais força e visibilidade. Além disso, através dessa integração, as famílias atendidas poderão ser mais bem orientadas, terão atendimentos mais completos e direcionados as suas necessidades e terão acesso mais facilitado aos atendimentos de reabilitação, garantindo a realização das intervenções o mais precoce possível, possibilitando o alcance de melhores resultados. Em contrapartida, os

acadêmicos aprendem ainda na graduação a importância do trabalho em equipe na saúde e já saem capacitados para atuar como profissional de forma mais ética, humanizada e atualizada.

4.6.2 Um pouco da história do PAMP

Antes de se tornar um Programa, o PAMP começou como um grupo de estudos semanal sobre a temática da prematuridade para a criação de um projeto para atender as necessidades da demanda de crianças nascidas prematura. Em 2011, o projeto foi elaborado coletivamente dentre as possibilidades de atuação no HUMAP e então com um grupo de estagiários de psicologia e um grupo de professoras empenhadas em fazer o projeto acontecer foram implantadas as primeiras práticas realizadas pelo Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras.

Esse olhar ampliado do grupo envolvido no Programa, unindo educação e saúde desde o início, proporcionou nas ações e na formação recebida a percepção da importância de uma visão integrada das ações em saúde, inclusive a formação teórica proporcionada sobre a prática com bebês nascidos prematuros foi realizada com uma fisioterapeuta e uma psicóloga especialista na área e a ideia sempre foi montar ações integradas a outras áreas, porém devido a vários fatores não pode ser iniciado nesse formato.

Os anos de 2011 e 2012, foram anos de muito aprendizado tanto teórico quanto práticos, foram desenvolvidas avaliações mais adequadas, frequência dos atendimentos, enfim o Programa deu muito certo e as turmas de estágio de psicologia posteriores ficaram lotadas devido ao grande interesse dos acadêmicos em fazer parte do Programa.

Entretanto, a partir de 2014, o Programa enfrentou muitas dificuldades com a mudança de gestão do hospital, que passou a ser administrado pelo EBSEH e o setor de neonatologia passou por reformas diminuindo o número de leitos e conseqüentemente o espaço para dar continuidade às intervenções estabelecidas. A rotina anual de troca de estagiários, também foi e continua sendo desafiadora, visto que a procura pelo estágio as vezes é maior, outras turmas são menores, o que dificulta a expansão das ações e amadurecimento das atuações de certa forma, visto também que o número de professores envolvidos foi diminuindo com o tempo, chegando a ser apenas uma professora responsável por tudo.

Em 2016 o Programa quase chegou ao fim, entretanto com a ajuda de duas psicólogas voluntárias, incluindo a pesquisadora deste trabalho e um grupo de estagiários dispostos que abraçaram a causa, foram estabelecidas parcerias junto a dois projetos, um da área da

enfermagem e o outro da área da fisioterapia, visto que público alvo era o mesmo. Sendo assim, após várias reuniões entre os grupos, diálogos no hospital sobre a realidade do mesmo em termos estruturais e demandas, eventos de saúde sobre a primeira infância e muita pesquisa para atualização sobre outros programas no Brasil que estão dando certo nessa área, foi criado um projeto de reestruturação do programa, mudando inclusive o nome do mesmo para PAMP e formando interfaces junto ao LEPIF e ao PIPO a fim de realizar práticas integradas, expansão do programa trazendo novos professores e profissionais para auxiliar na formação dos acadêmicos e por fim dar visibilidade as ações até o momento realizadas.

4.6.3 Outras Construções para a formação do Cenário da Pesquisa

Tendo em vista o método escolhido, foi necessária a criação de um contato prévio com as mães que participariam da pesquisa para a construção de uma relação de acolhimento e confiança. Nesse sentido, tornou-se muito importante no decorrer da aproximação da pesquisadora junto às participantes, um bom diálogo e empatia para com as mesmas.

Sendo assim, foram quatro dias seguidos de vivência na Unidade Neonatal do HUMAP para a realização da pesquisa de intenso envolvimento na rotina dessas mães: suas vivências, dificuldades, alegrias, humores oscilantes, relação com o filho, família e equipe de saúde, enfim um pouco das suas trajetórias envolvendo vitórias e desafios a serem enfrentados no hospital.

No primeiro momento, antes de iniciar as atividades de pesquisa foi aproveitado um espaço em que as mães do setor estavam reunidas para comer o lanche da manhã, para apresentação da pesquisa, o trabalho do PAMP e outras dúvidas levantadas pelas mães que geraram um debate sobre o impacto da prematuridade em suas vidas.

Nesse sentido, vale ressaltar que mesmo com um tempo breve de pesquisa de campo foi possível a construção de um vínculo positivo e genuíno com todas as participantes, que se implicaram na pesquisa atendendo aos requisitos metodológicos da aproximação relacional, dialógica e permeada de afeto proposta pela epistemologia qualitativa.

O estabelecimento de um **espaço social** emergente do caráter relacional-dialógico da pesquisa é necessário, para possibilitar o envolvimento subjetivo dos participantes pode ser alcançado, favorecendo posicionamentos ativos frente aos diálogos estabelecidos, esse momento foi definido como **construção do cenário de pesquisa**. Nele, são imprescindíveis aproximações junto aos participantes que visem um diálogo aberto que favoreça produções de expressões subjetivas (GONZÁLEZ REY, 2005a, p. 62).

As entrevistas foram realizadas no mês de Abril de 2018 e foi realizado um pré-teste junto a uma mãe que estava com o bebê internado na UTI Neonatal. Essa entrevista foi descartada devido aos limites de produções subjetivas configuradas a respeito da prematuridade para a participante em questão e a partir disso foram realizadas algumas modificações nos instrumentos construídos para a pesquisa inicialmente e foi adotado como critério de seleção das participantes, as mesmas estarem com seus bebês internados na Unidade Canguru e já terem passado pelos setores anteriores (UTI Neo e UNCIN) independente do tempo no hospital.

Também os locais de aplicação das atividades propostas na pesquisa foram variados respeitando o sigilo profissional, e procurando um ambiente sem muita interferência ou ruídos para facilitar o andamento das atividades e diálogos. Sendo assim, a pesquisa foi realizada em vários espaços existentes na unidade de neonatologia do HUMAP, tais como nos próprios leitos da Unidade Canguru; no espaço denominado “cantinho das mães”, onde comem suas refeições; e na sala de consultas, onde fica o armário do PAMP, onde são guardadas avaliações, relatórios, fichas de atendimento, altas entre outros. Os espaços eram escolhidos de acordo com sua disponibilidade e da disponibilidade das participantes da pesquisa.

4.7 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

González Rey (2005) afirma que na EQ o instrumento funciona como indutor de informações da pesquisa, devendo ser “maleável” aos movimentos da pesquisa, às produções subjetivas dos sujeitos e ao processo construtivo-interpretativo empreendido pelo pesquisador.

Sendo assim, os instrumentos não possuem um caráter apenas descritivo do momento empírico da pesquisa, e sim de fontes de informação que são interpretadas pelo pesquisador, onde ele busca indicadores para o desenvolvimento de hipóteses, permitindo-o visualizar indiretamente, informações ocultas aos sujeitos estudados (González Rey, 2005).

González Rey (2007a) ressalta ainda que não são os critérios de construção dos instrumentos que asseguram o valor dos resultados obtidos, mas é a qualidade da informação que aparece nas diferentes situações da pesquisa, o material a partir do qual o pesquisador irá desenvolver suas construções teóricas sobre o estudado, o que realmente tornar-se significativo para avaliar a legitimidade das construções feitas no curso da pesquisa.

Após essa análise optou-se em utilizar os seguintes instrumentos propostos pela metodologia construtiva interpretativa para a realização da pesquisa: a Dinâmica Conversacional, o Complemento de Frases, Atividade com Figuras, escolhidos com o objetivo

de criar situações, nas quais os sujeitos possam se sentir mais à vontade, possibilitando um verdadeiro espaço de construção e diálogo. Para isso, também foi pensado em promover atividades com diferentes estímulos – visuais, orais e escritos – a fim de estimular o engajamento na produção da informação.

4.7.1 Dinâmica Conversacional

González Rey (2005a) define a dinâmica conversacional como um processo dialógico em que é buscada a desenvoltura de momentos em que se prioriza o que é relevante para o outro. Para isso a conversação se constitui pelo envolvimento dos participantes no processo de comunicação, facilitando a expressão individual sobre temas relevantes para essas pessoas. Além disso, permite diálogo e “o pesquisador desloca-se do lugar das perguntas para integrar-se na dinâmica de conversação”.

Tal característica possibilita ultrapassar o caráter enrijecido e hegemônico das “entrevistas”. Destarte, frente à intenção de constituir uma relação em que haja imersão emocional, este delineamento se afasta de determinações apriorísticas, ao visar o alcance de expressões carregadas de produções subjetivas. Diante da possibilidade do estabelecimento de um efetivo sistema conversacional, é possível que o pesquisador tenha mais elementos para produzir teoricamente frente a isso.

Ressalta-se por fim que este instrumento foi utilizado durante todos os momentos em que houve interação no curso da pesquisa.

4.7.2 Observação Participante

Esse instrumento consiste na inserção do pesquisador no interior do contexto observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos, buscando partilhar seu cotidiano para saber como é estar na situação (QUEIROZ et al., 2007).

Na observação participante, um dos princípios é integrar o observador à sua observação, e o conhecedor ao seu conhecimento, pois assim tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto. O conhecimento é pertinente quando se é capaz de dar significado ao seu contexto, ver o conjunto, assim, a observação participante deve ser compreendida como exercício de conhecimento de uma parte com o todo e vice-versa (MORIN, 1997).

Nesse sentido, considero que a aproximação obtida com o PAMP desde 2016 e consequentemente das práticas dos acadêmicos no hospital e a imersão no cotidiano das mães participantes da pesquisa durante os quatro dias de realização das entrevistas caracterizam a observação participante como uma ferramenta utilizada nesta pesquisa.

4.7.3 Complemento de Frases

O complemento de frases é um instrumento de pesquisa composto por um número variável de frases incompletas sobre diferentes temas, que possibilita uma reflexão ampla do sujeito sobre múltiplos aspectos acerca da sua vida de forma indireta. Não se trata de um instrumento padronizado. O ideal é que as frases sejam generalistas, possibilitando assim a reflexão de cada sujeito participante. Sendo assim, esse instrumento é bastante útil para analisar diferentes contextos da vida dos sujeitos, além de possibilitar a construção de hipóteses sobre as produções subjetivas deles (SILVA, 2015).

Para esta pesquisa foi construído um modelo próprio levando em conta o objetivo da pesquisa. Como dito anteriormente, após o pré-teste realizado junto a uma mãe, o mesmo foi modificado devido a alteração de algumas frases.

4.7.4 Atividade com Figuras

Este tipo de instrumento apoiado em indutores não escritos, ou seja, figuras – consideradas expressões simbólicas não escritas, tem como objetivo facilitar a expressão de trechos de informação por meio de indutores que envolvam a produção de sentido.

Sendo assim, as figuras se constituem uma via idônea para provocar emoções e situar o sujeito em uma temporalidade subjetiva vivida, que com frequência é mais difícil de ser conseguida que outras vias (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 66).

Nessa atividade então, foi pedido dentre as várias figuras abaixo distribuídas de forma aleatória em frente as mães entrevistadas para que escolhessem cinco figuras que mais tinham a ver com sua trajetória enquanto mãe de bebê nascido prematuro. Após a escolha das figuras, foi pedido para que justificassem e explicassem a figura escolhida.

A seguir estão ilustradas a variedade de figuras apresentadas as mães nessa pesquisa:





A partir disso, podemos verificar que o objetivo da atividade foi que pudessem relembrar suas trajetórias, as emoções sentidas, facilitando seu envolvimento na pesquisa e estimulando o surgimento da expressão de possíveis sentidos subjetivos.

Vale ressaltar por fim que as informações foram trabalhadas como estudo de caso, que nesse tipo de pesquisa é privilegiado pelos elementos que esses casos aportam a um modelo teórico em desenvolvimento, capaz de gerar inteligibilidade sobre os sentidos e as configurações subjetivas associadas a prematuridade.

4.8 CRITÉRIOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa CAEE n. 85217518.7.0000.0021 foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS para análise via submissão na Plataforma Brasil em 26/02/2018 e aprovado em 03/04/2018 (ANEXO 1).

Conforme preconiza a Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os seguintes critérios éticos serão adotados nessa pesquisa:

- Elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A);
- Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Colegiado do Mestrado em Psicologia;
- Aprovação do Projeto de Pesquisa pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian.
- Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP/UFMS.

4.9 CONSTRUÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A pesquisa baseada na EQ permite a construção do conhecimento no decorrer das práticas investigativas, sendo assim o processo de interpretação das informações não acontece

como momento final e conclusivo, após a coleta de informações, esse processo acontece durante toda a pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2002).

Esse processo de construção acontece quando o pesquisador organiza suas análises em categorias, as quais “são instrumentos do pensamento que expressam não só um momento do objeto estudado, mas o contexto histórico-cultural em que surge como significado e, com ele, a história do pesquisador, que é relevante na explicação de sua sensibilidade criativa” (GONZÁLEZ REY, 2002, p. 60). Nessa organização é então revelada a construção teórica que o pesquisador elabora a partir das informações produzidas pelos sujeitos no momento empírico, resultante de várias investigações. Assim, o desenvolvimento de categorias, resulta da identificação dos indicadores:

[...] que adquirem significação graças à interpretação do pesquisador, já que não é acessível de forma direta à experiência. [...] O indicador só se constrói sobre a base de informação implícita e indireta, pois não determina nenhuma conclusão do pesquisador; representa só um momento hipotético no processo de produção da informação (GONZÁLEZ REY, 2002, p.112).

O desenvolvimento de indicadores na análise das informações produzidas pelos sujeitos, leva ao desenvolvimento de novos conceitos e categorias por parte do pesquisador, dois processos complexos, criativos e delicados que acontecem de maneira inter-relacionada. Considerando que esse é um processo contínuo, a pesquisa não visa à elaboração de referenciais universais, mas à produção de novos conhecimentos que ampliam e aprofundam o processo geral de construção de conhecimentos por parte do pesquisador.

Esse processo de construção teórica acontece por meio da lógica configuracional – um processo aberto de análise que acontece de maneira irregular e contraditória, no qual o pesquisador assume papel ativo nas decisões ao longo da pesquisa sem regras inflexíveis.

Junto a esse processo de análise, acontece também a generalização, que, na EQ é entendida não como uma constatação, mas um processo construtivo. Assim,

[...] a generalização é um processo teórico que permite integrar em um mesmo espaço de significação elementos que antes não tinham relação entre si em termos de conhecimento. [...] é resultado de construções teóricas complexas que permitem a inteligibilidade de fenômenos inexistentes para a ciência antes de sua aparição. (GONZÁLEZ REY, 2002, p.164).

Conforme afirma o autor supracitado, tal compreensão permite visualizar o valor dos casos particulares, uma vez que não são os resultados os generalizados, mas a construção teórica decorrente da análise das informações produzidas pelos participantes da pesquisa. Entretanto,

no momento em que se destaca o processo teórico construído, os casos particulares assumem uma significação importante, pois há situações em que um único sujeito possibilita novos desafios ao pesquisador ao expressar sentidos subjetivos não identificados em informações anteriores, gerando novas ideias e reflexões com alto potencial generalizador.

A pesquisa científica pela perspectiva da EQ é um processo vivo, cultural e historicamente situado, que viabiliza no caso dessa pesquisa em questão, a produção de inteligibilidade relacionada às mães de bebês nascido prematuros.

Algo de relevância a ressaltar em relação a esta aproximação, e que favoreceu ainda mais este estudo, é a proposta heurística da inseparabilidade entre prática e pesquisa científica (GONZÁLEZ REY, 1997, 2005), ao ter em conta o caráter dialógico de ambas, podendo vir a tornarem-se facilitadoras de um processo de mobilização subjetiva aos envolvidos na pesquisa, ou seja, promovendo o desenvolvimento subjetivo. Segundo González Rey, isso é o que define a ética da epistemologia-qualitativa.

De tal modo, a Teoria da Subjetividade e sua respectiva proposta epistemológica e metodológica, possibilita compreender em relação ao tema, elementos do sistema de relações mais próximas dessas mães, do seu contexto cultural e social, e da sua própria história de vida, a partir do modo como eles emergem nas suas respectivas produções subjetivas, diante dos diferentes momentos em que atua e se relaciona. Nesse sentido, busca-se estudar os sentidos subjetivos que foram emergindo no curso da pesquisa, e que possibilitaram compreender a dimensão das relações com a prematuridade nas configurações subjetivas dessas mães.

A partir disso, podemos definir que o caminho percorrido para o desenvolvimento da pesquisa envolveu como já citado anteriormente uma imersão no PAMP, tendo sido realizado desde um levantamento histórico do Programa, através de documentos, registros dos atendimentos da psicologia e relatórios de estágio de acadêmicos até a supervisão das práticas dos estagiários, reestruturação do programa e produção de trabalhos científicos.

Também foram marcados encontros com as mães que aceitaram participar da pesquisa, para aplicação da atividade com figuras, complemento de frases e entrevistas não estruturadas, que foram gravadas em celular smartphone para posterior transcrição e análise. Concomitante, foi realizada a observação participante da rotina das mães participantes durante quatro dias, como já dito anteriormente.

Por fim, a análise das informações produzidas foi pautada no método construtivista-interpretativo de González Rey o qual a define como: “uma inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção. O pesquisador procura com base nas

categorias estabelecidas inferir e deduzir logicamente os conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o contexto que foi emitida” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 80).

Da mesma forma, podemos dizer que foi possível estudar como o desenvolvimento de novos sentidos subjetivos, a partir das relações dialógico-afetivas que foram se concretizando no decorrer da pesquisa e se desdobraram em posicionamentos ativos em relação as necessidades de aprimoramento do PAMP.

Serão apresentados a seguir os três casos: Ana, Beatriz e Duda. Os detalhes e a produção das interpretações das situações das participantes da pesquisa são explicados em cada seção específica, em formato de estudo de caso atendendo aos objetivos do trabalho.

4.9.1 Apresentação das Participantes

4.9.1.1 Ana

Ana tem 27 anos, reside em Paranaíba, interior do MS, é Católica, porém frequenta uma Igreja Evangélica. Com relação ao nível de escolaridade a mesma não finalizou o primeiro ano do Ensino Médio devido a sua primeira gravidez e de lá para cá não voltou mais a estudar.

A mãe estava acompanhando sua quinta filha, que nasceu prematura de 36 semanas. Foi uma gravidez de risco, não fez pré-natal, pois escondeu a gravidez de sua mãe e família até quando estava no quinto mês de gestação. De acordo com a mesma, teve dificuldade em aceitar essa filha, pois mora com a mãe ainda e está desempregada. Mas após passar mal, pois teve perda do líquido amniótico, teve que contar a família e começou a fazer acompanhamento semanal na Unidade Básica para não perder a criança e conseguiu segurá-la até 36 semanas.

O parto foi do tipo cesárea e a filha teve de ficar internada na UTI por 25 dias devido principalmente a uma complicação pulmonar. Na UCINCO ficou 12 dias e há 05 dias está na Unidade Canguru para se preparar para a tão esperada alta.

Com relação aos seus quatro primeiros filhos, todos foram partos normais, sem nenhuma intercorrência. A primeira filha foi uma menina, filha do primeiro casamento, tem 8 anos de idade e mora com ela. Já a segunda filha, tem 6 anos de idade, também é filha do primeiro casamento, porém mora com o pai (foi acordado na separação, que cada um teria a guarda de uma filha, mas ambos mantêm relação amigável e tem livre acesso as filhas). A terceira filha, também menina, tem 5 anos de idade e é fruto de um relacionamento com um ex-namorado, atualmente a criança está morando com o pai, que tem a guarda. O quarto filho, tem 4 anos de idade e é fruto do seu segundo casamento, porém após situação de violência doméstica, ela saiu

de casa e ele ficou morando com o pai, mas não tem a guarda, pois ela tem medo que ele suma com a criança e por isso a guarda permanece com ela, apesar de estar na justiça. Já a quinta filha, foi a primeira nascida prematura e internada no hospital, sendo fruto do relacionamento com um outro ex-namorado, que não quis assumir a criança, então irá morar com ela e sua mãe.

De acordo com a mesma, devido a algumas desavenças com um dos ex-companheiros e sua respectiva família, está sendo acompanhada pelo Conselho Tutelar de sua cidade, que está lhe fazendo visitas mensais e por isso, já teve inclusive que um dia retornar a sua cidade, deixar a bebê no hospital, para não perder a guarda dos filhos que moram com ela.

Por fim, com relação aos seus próprios vínculos familiares, relatou que o pai morreu faz um bom tempo, tem uma relação conflituosa com a mãe, tem três irmãos, que são muito machistas, mas apesar disso, o apoio da família é muito importante para a mesma, sendo seu principal suporte/apoio no momento.

4.9.1.2 Beatriz

Beatriz tem 26 anos, nasceu e mora em Campo Grande, é Católica, porém frequenta a Igreja Evangélica mais perto de sua casa. Com relação a escolaridade a estava fazendo o EJA, mas não conseguiu completar, pois ficou grávida acabou perdendo tudo quando saiu. É casada há seis anos, mas tem nove anos de relacionamento com o marido e moram juntos aos três filhos em uma casa alugada. Apenas o marido trabalha e recebe um salário fixo.

Beatriz estava acompanhando seu quarto filho, que nasceu prematuro de 29 semanas. Foi gravidez de risco devido a ser um caso de bolsa rota, com perda de líquido amniótico, correndo risco de aborto espontâneo desde o início. Fez todo o acompanhamento pré-natal, assim como dos outros filhos, porém segunda a mesma não respeitou a indicação de repouso em casa, pois é só ela para dar conta da casa e das crianças e por isso acredita que teve as contrações antecipadas e o nascimento prematuro do filho.

O parto foi normal e o bebê ficou internado na UTI por 13 dias devido a infecção hospitalar, anemia, drenagem de ar entre pulmão e costela, uso de oxigênio e episódio de convulsão. Na UCINCO ficou por 6 dias, mas como o setor no hospital precisava do berço devido a dois casos graves que surgiram e como seu filho estava mais estável que os outros, deram alta para ele e foram transferidos à Unidade Canguru. Beatriz não começou a amamentar ainda, pois não há indicação no momento.

Com relação aos outros filhos, a filha mais velha tem 07 anos de idade, a segunda filha, também nascida prematura de 36 semana, tem 05 anos de idade e o terceiro filho, também

nascido prematuro de 31 semanas, está com 03 anos de idade. Beatriz disse que não foi planejada essa última gravidez, estava com laqueadura agendada e devido aos casos de prematuridade dos filhos anteriores, haviam dito a ela que seria muito difícil engravidar novamente. Por fim, relatou ter tido experiência anterior do acompanhamento no Ambulatório de Pediatria do HUMAP, tendo sido atendida pela psicóloga Patrícia, devido a atraso de linguagem da segunda filha, onde foi descoberta que foi de origem emocional apenas, sendo que após o acompanhamento ela já estava falando de tudo.

4.9.1.3 Duda

Duda tem 18 anos, reside no interior do estado de Mato Grosso do Sul - Paranaíba, é Católica, porém frequenta uma Igreja Evangélica atualmente. A participante estava no terceiro ano do Ensino Médio, mas devido a sua gravidez ser de risco, teve de fazer repouso e se afastar da escola. Apesar disso acha que é importante estudar, e mesmo a gravidez não tendo sido planejada, nunca pensou em aborto e pretende voltar a estudar assim que possível.

Duda estava acompanhando sua primeira filha, que nasceu prematura de 26 semanas, uma idade gestacional de grande risco devido a sua precocidade. Foi uma surpresa quando descobriu a gravidez, pois não foi planejada, estava tomando anticoncepcional e tinha um problema no útero (útero bicorne) descoberto desde seus 14 anos, o que segundo o médico que a acompanhava seria um desafio quase impossível gerar um filho. Por isso foi uma gravidez de risco desde o início e a participante alegou ter feito o pré-natal certinho.

A mesma morava sozinha, trabalhava e estudava. Já foi casada uma vez, com 14 anos, mas não deu certo e com 15 anos separou. Porém, com a notícia da gravidez, teve de parar com tudo e foi morar com a mãe, pois a sua relação com o namorado é bastante conturbada e instável, já terminaram e voltaram várias vezes e ele não queria a criança, pois já tem um filho que também não foi planejado com uma outra mulher.

Devido ao acompanhamento regular na Unidade Básica a fim de prevenir a perda da criança, após sentir um dia inteiro de dor intensa, foi ao hospital e descobriu já em Campo Grande - foi transferida para cá, pois lá não tem leito de UTI Neonatal - que eram contrações. O parto foi cesariana e a filha teve de ficar internada na UTI por mais ou menos uns 45 dias devido a inúmeras complicações, principalmente pulmonares. Na UCINCO ficou mais um mês e estava dando entrada na Unidade Canguru para se preparar para ir embora.

4.9.2 Sentidos Subjetivos da Prematuridade

A seguir apresentaremos os sentidos subjetivos da prematuridade para cada participante da pesquisa a partir da análise das informações construídas ao longo do processo de pesquisa.

4.9.2.1 Ana

Ana foi a primeira mãe participante da pesquisa e logo após o momento coletivo de apresentação do trabalho do PAMP e da pesquisa para as mães com bebês internados no setor de neonatologia, logo foi até a pesquisadora, interessada em participar.

Ana descobriu sua gravidez desde o início dos sintomas, porém escondeu da família e principalmente da mãe, pois não foi uma gravidez planejada e nem desejada, sendo de difícil aceitação para mesma, visto que já tinha outros quatro filhos e foi fruto de um relacionamento amoroso casual, no qual o pai da criança ao saber da notícia não quis assumi-la também. Tal situação foi muito difícil para ela, conforme ilustrado na figura A na atividade com figuras.

Após análise das informações podemos verificar que existiram duas situações sociais importantes que marcam em especial sua história e suas dificuldades em relação a sua experiência enquanto mãe, que é sua situação sócio familiar e os problemas junto ao Conselho Tutelar, das quais nos aprofundaremos a partir de agora.

A família conforme verificada na dinâmica conversacional é sua base e sinalizado pela mesma como um fator protetivo, entretanto houve uma briga com seus familiares após a notícia de sua última gravidez tornando os vínculos fragilizados conforme demonstrado nos seguintes itens do complemento de frases:

- 7. **Sofro muito** de estar longe de casa.
- 12. **Desejo** estar bem com todos da família e minha mãe
- 17. **Amo** meus filhos, minha tia e todos, eu esqueço as vezes de mim.
- 23. **Para mim é difícil** a vida e saudade de uma mãe.
- 24. **Meu maior desejo** que eu e minha mãe não briga.
- 25. **Meu maior prazer** é estar bem com ela, mãe.
- 26. **Minha família** as vezes estão longe de mim pelos erros.
- 29. **Com frequência penso sobre** saudade da família e com minha mãe.
- 36. **O lar** muito bom.
- 35. **Penso que os outros** falam da minha vida demais.
- 39. **Uma mãe** muito longe.

Tais formações também revelam a fragilidade relacional principalmente entre a participante e sua mãe, sendo que ambas moram juntas e mais dois filhos (dentre os quatro) da participante também, sendo dependente financeiramente da mãe e relatou que muitas vezes as funções se confundem, sendo que a mãe quer ensinar como criar seus filhos, o que acaba dificultando ela desempenhar seu próprio papel de mãe.

Tal relação é permeada de contradições sendo um ponto de conflito:

"Minha família é tudo para mim, estou ansiosa para ir para casa, pois aqui não tenho ninguém, a equipe é ótima, mas sinto saudades de casa, mesmo não estando lá muito bem com meus parentes, que falam mal dos outros e ficam tudo me julgando porque é meu quinto filho, mas eu vou mudar, não por eles mas por mim, agora vai ser diferente, mas quando eles falam isso eu sofro."

A partir dessa fala podemos verificar um posicionamento diferente da mesma, dizendo que de agora em diante quando voltar para casa, vai ser diferente. Sendo assim, verificamos que a prematuridade provou essa mudança de posição na participante, visto que a experiência de ver sua filha na UTI foi um impacto muito forte para ela, conforme ilustrado na figura B, da atividade com figuras. Ou seja, a prematuridade vem configurando-se de forma positiva para ela, pois causou uma mudança subjetiva relação ao exercício da função materna, saindo da posição de filha para assumir a função de mãe, conforme ilustrado no quadro abaixo:

Quadro 6 - Sentido Subjetivo de Ana

Técnica de Conversação	Complemento de frases	Fotos
<p>“Eu não esperava que ia ser tudo isso, foi difícil, ver ela sofrer nas mãos de outras pessoas, não poder fazer nada, [...] me senti péssima me sentia distante dela [...] até entender demora”.</p> <p>"Na UCINCA foi bem melhor, já podia fazer tudo, pegar no colo, trocar fralda, cuidar, dar banho. Foi diferente ser mãe de prematuro, mas foi bom, me sinto muito mais mãe, foi isso que eu aprendi e não me arrependo. O apoio do hospital fez toda a diferença hoje eu [...] consigo ser uma mãe de verdade”.</p>	<p>Itens 3, 11, 21, 30 e 28</p> <p>3. Lamento pelos erros que não posso mudar.</p> <p>11. Minha preocupação principal minha filha agora no momento.</p> <p>21. Esforço-me por a vida da minha filha agora no momento.</p> <p>30. Dedico maior tempo a nada, vou mudar.</p> <p>28. Minha vida futura eu quero melhorar agora.</p>	<p>Figura E. A felicidade de ser mãe e estar com a minha filha.</p>
Sentido Subjetivo: A filha que se tornou mãe		

Fonte: Elaborado pela autora

O problema com o Conselho Tutelar, onde denunciada por negligência infantil pelo ex-namorado que quer a guarda da criança provocou uma investigação em sua família, também contribuiu nesse processo de mudança de posição subjetiva, visto que não queria perder nenhum filho conforme podemos verificar no complemento de frase item 4 " meu maior medo de perder minha filha" e quando durante a dinâmica conversacional referiu:

"Quando eu voltar minha mãe disse que vai me dar uma casa, para eu construir a minha vida, ela vai me apoiar de forma diferente, eu vou trabalhar e as crianças vão estudar, não quero perder meus filhos, mas para isso eu preciso mudar".

Vale ressaltar por fim que Ana ao longo da aplicação dos instrumentos e dos diálogos apontou a equipe de saúde como um apoio que a ensinou como ser mãe de um bebê prematuro e através da paciência, do carinho e das broncas ela pode exercer a função de mãe, conforme ilustrado na figura D, onde coloca que " A equipe me deu todo suporte, cuidaram muito bem da minha filha, e quando eu precisei e não estava bem, elas me ajudaram".

Gonzalez Rey (2007) afirma que o sentido subjetivo é a forma pela qual a multiplicidade de elementos presentes na subjetividade social, assim como todas as condições objetivas de vida do mundo social, se organizam numa dimensão emocional e simbólica, possibilitando ao homem e a seus distintos espaços sociais novas práticas que, em seus desdobramentos e nos processos emergentes que vão se produzindo, constituem o desenvolvimento humano em todos os aspectos, dentro dos novos contextos de organização social que, participam da definição desses processos e se transformam no curso dos mesmos.

Nesse sentido a categoria de sentido subjetivo permite compreender a subjetividade como um nível de produção psíquica, inseparável dos contextos sociais e culturais em que acontece a ação humana. Nessa compreensão, ela não é um sistema determinista intrapsíquico, mas um tipo de produção humana que permite penetrar em dimensões ocultas do social e da cultura, que só se tornam visíveis na sua dimensão subjetiva.

Sendo assim, o sentido subjetivo e as configurações subjetivas são importantes, não apenas porque nos permitem compreender a ação individual em seu caráter sistêmico, por vezes associada ao conceito de personalidade, mas porque nos permite entender a sociedade numa nova dimensão, ou seja, em seu sistema de consequências sobre o homem e sobre a organização de seus diferentes espaços de vida social. O esvaziamento da dimensão subjetiva que preconizam muitos dos representantes do construcionismo social, longe de reforçar a dimensão social na análise dos problemas humanos, na realidade a debilitam, ao privá-la de um aspecto sem o qual a análise social fica incompleta (GONZALEZ REY, 2007).

4.9.2.2 Beatriz

Beatriz, tem três filhos e não esperava e nem podia ficar grávida novamente, estava inclusive com a laqueadura marcada, quando começou a se sentir mal e fez o teste de gravidez que deu positivo.

Dentre seus três filhos, dois nasceram prematuros, pois ela tem um problema no útero e já sabia que se engravidasse novamente sabia que corria um grande risco de perder a criança. Mesmo sabendo o que iria enfrentar, a cada nova gestação as dificuldades com relação a sua saúde só aumentaram, conforme afirma na figura F "foi uma dificuldade levar a gestação", confirmando a importância de considerarmos as singularidades de caso e de cada nova experiência, pois mesmo sendo mãe de outros dois prematuros, relatou bastante sofrimento novamente com as dificuldades enfrentadas nessa nova gestação e também durante o período de internação conforme ilustrado na figura J e nos itens "3", "6" e "7" do complemento de frases:

3. Lamento não ter conseguido esperar mais para ter eles.

6. Não posso desistir.

7. Sofro muito ao ver que não consegui segurar mais a gestação.

Outras duas preocupações demonstrada pela mesma foi com relação as dificuldades financeiras da família, não tendo condições econômicas para sustentar todos os filhos, conforme a afirmou na dinâmica conversacional:

Meus filhos são tudo para mim, mas a gente não estava podendo né?! Só meu marido trabalha e eu tenho que cuidar das crianças, que já exigem muitos cuidados, tiveram vários problemas de saúde, não sei como faremos agora, pois vou estar sobrecarregada, mas também não quero sobrecarregar ninguém e da onde vamos tirar mais dinheiro, se já não temos muito?

No momento dessa fala, durante o diálogo, Beatriz se emocionou bastante e relatou que sente muita culpa por ter engravidado, por ter gerado um filho prematuro, pois ela que tinha problema no útero e alguns encontros depois revelou esse mesmo sentimento de culpa no momento em que revelou o medo de não ser uma boa mãe, interpretado como um sinal de insegurança no primeiro momento, mas que trazendo para a realidade da mãe, revela esse sentimento de culpa novamente, pois se acha culpada da prematuridade como podemos verificar nos seguintes itens do complemento de frase:

4. Meu maior medo não ser uma boa mãe.

10. Algumas vezes choro em não conseguir resolver (os problemas).

11. Minha preocupação principal filhos.

Apesar disso, vemos que a configuração subjetiva da prematuridade para Beatriz nessa internação está sendo positiva também, pois com o nascimento do filho e com decorrer da internação, com a ajuda da equipe ela esforça-se para mudar sua posição subjetiva e enxergar a situação a partir do sentido subjetivo de estar sendo um privilégio de ser mãe novamente para mais uma vez conseguir se adaptar a situação, conforme ilustrado no quadro abaixo:

Quadro 7 - Sentido Subjetivo de Beatriz

Técnica de Conversação	Complemento de frases	Fotos
“Eu estou chorando mais não é só de tristeza, pois lá no fundo eu estou feliz, por Deus ter me dado o privilégio de ter mais um filho, eu gosto da ideia de ter quatro filhos, encher a casa, de um ser companheiro do outro, como uma grande família, mas infelizmente minhas condições não permitem isso, sem que haja muito planejamento, ajuda dos vizinhos, da igreja, mas não posso falar isso, pois senão vão me achar doida com tanta dificuldade financeira”.	Itens "3", "11", "21", "30" e "28" 20. A felicidade família. 32. Luto por nós. 33. Com frequência sinto felicidade. 34. Meu filho tudo, meu mundo.	Figura G. Felicidade de ver a melhora. Figura H. Sensação que deu tudo certo.
Sentido Subjetivo: O privilégio de Mãe novamente		

Fonte: Elaborado pela autora

Na visão de González Rey (2012, p. 137), “a subjetividade é um macro conceito que integra os complexos processos e formas de organização psíquicos envolvidos na produção de sentidos subjetivos”. Ao trabalhar o seu conceito de subjetividade, entende que a mente não se separa da história, da cultura e da vida social do sujeito. Desse modo, a emoção transforma-se com os registros simbólicos, fazendo com que o sujeito não somente se adapte ao contexto no qual está inserido, mas também elabore sobre o mundo em que vive.

4.9.2.3 Duda

A participante Duda desde o início referiu que a gravidez foi uma surpresa, “não desconfiava, porque eu estava normal, não estava sentindo enjoos, não estava sentindo nada”, alegou. Entretanto após sua menstruação atrasar um mês, devido ao problema que tem útero descoberto desde os 14 anos de idade, achou melhor fazer o exame de gravidez, mas “achava que não ia dar nada”, isso porque desde que começou a tomar anticoncepcional, também aos 14 anos, o médico já dizia que era muito difícil ela conseguir engravidar algum dia.

Por outro lado, a prematuridade era esperada, pois quando completou dois meses de gestação teve um sangramento e após consulta, o médico disse que a gravidez era de risco, a mesma teria que fazer repouso para não perder o bebê, era provável que ele nascesse prematuro.

Apesar disso, mesmo após o nascimento da filha, aceitar a situação do nascimento prematuro é ainda um processo muito doloroso para a participante. Através da dinâmica conversacional a mesma em vários momentos revelou um sentimento de culpa muito grande devido ter ingerido bebida alcoólica algumas vezes, não ter feito o devido repouso, ter se estressado bastante devido ao relacionamento conflituoso com o namorado, pai da criança, achando que por causa disso, estava sendo castigada de alguma forma, conforme alegou:

[...] algumas coisas eu sinto culpa, no relacionamento, eu acho que as vezes ele está até certo de brigar comigo [...] Mas, eu acho que me sinto culpada das coisas ser assim, do jeito que é. Sentia muita culpa quando eu ganhei ela, ficava pensando será porque eu bebi? Bebi uma vez por mês, eu ficava pensando isso, será que foi porque eu bebi? Eu não andava de bicicleta, eu amo andar de bicicleta e nem isso eu fazia. Não, mas será que foi tal coisa que eu comi? Eu ficava pensando essas coisas assim que provocou a prematuridade, eu ficava pensando essas coisas.

Tal situação de sofrimento revela na participante um conflito interno que faz parte de sua busca por sentido para a situação da prematuridade, tal busca não é um processo fácil, linear e progressivo, não tem um tempo definido, se revelando ainda permeado de estigmas e emoções ambíguas que se misturam e se confrontam.

Gonzalez Rey (2007) afirma que o sentido subjetivo é a forma pela qual a multiplicidade de elementos presentes na subjetividade social, assim como todas as condições objetivas de vida do mundo social, se organizam numa dimensão emocional e simbólica, possibilitando ao homem novas práticas que, em seus desdobramentos, constituem o desenvolvimento humano em todos os seus aspectos, dentro dos novos contextos de organização social que participam da definição desses processos e se transformam no curso dos mesmos.

Através da dinâmica conversacional, foi possível perceber que essa busca da participante de tentar entender a problemática da prematuridade tentando ainda processar as implicações disso no desenvolvimento da sua filha e na vida de ambas, revelando que aceitar essa situação de prematuridade, está muito ligada a aceitação de ser mãe. A fala a seguir ilustra um pouco dessa dificuldade, visto que a filha não foi planejada:

“[...] eu não queria a gravidez, mesmo que eu continuei a gravidez. Eu ficava pensando só bobeira, tipo de eu perder ela, querer isso as vezes. E quando eu comecei a ver minha barriga crescendo no comecinho, eu fiquei contrariada, eu só ficava chorando, eu só comia fruta e arroz, eu não sentia vontade de nada.

Também através da atividade com figuras, das cinco escolhidas, três figuras - K, L e M retratam essa trajetória dolorosa de sofrimento, devido as dificuldades e limitações sentidas, diante da possibilidade da perda eminente da filha.

Tal configuração subjetiva pode ser verificada em vários momentos a partir dos vários instrumentos aplicados conforme ilustra o quadro abaixo:

Quadro 8 - Sentido Subjetivo de Duda

Técnica de Conversação	Complemento de Frases	Fotos
<p>“[...] eu vi o momento que eu ia perder ela mesmo. Aí foi aonde que eu olhei e vi que era ali minha vida, que, ali que eu tenho que cuidar e focar. Agora se, talvez eu não tivesse esses problemas e tivesse ela de 9 meses eu acho que talvez eu não estaria tão rápida apegada com ela”</p> <p>“Foi muito especial, acho que foi o melhor presente de todos que eu já ganhei. Foi difícil, mas é bom”</p> <p>“Eu adoro ficar com ela, bem ou ruim eu estando ali com ela eu estou sabendo o que está acontecendo”</p>	<p>6. Não posso ficar longe de minha filha.</p> <p>13. Ser mãe de bebê prematuro é difícil, mas, vitorioso.</p> <p>25. Meu maior prazer é cuidar da minha filha</p> <p>30. Dedico maior tempo a minha filha.</p> <p>34. Minha filha tem um sorriso que me faz lutar</p>	<p>Figura N. Foi lindo e marcante quando eu peguei ela a primeira vez, estava muito feliz</p> <p>Figura O. Representa a primeira mamada. Fiquei com medo, mas foi só no primeiro momento. Hoje dou uma vez por dia, mas é porque só isso está liberado, se dependesse de mim, dava mais.</p>
Sentido Subjetivo: Aceitação de ser mãe		

Fonte: Elaborado pela autora.

Podemos verificar que foram vários indicadores identificados a partir da análise das informações construídas, que se complementam e nos sinalizam que um dos sentidos subjetivos construídos por Duda a partir da prematuridade foi a aceitação da maternidade. Tanto que podemos verificar que Duda sai de uma posição de não aceitação para uma "total aceitação", onde afirma ter dificuldade hoje para sair de perto da filha:

"Eu adoro ficar com ela, bem ou ruim eu estando ali com ela eu to sabendo o que está acontecendo, porque as vezes você liga e pergunta não é a mesma coisa de você estar vendo. Eu tive que ir em Paranaíba duas vezes. A primeira vez foi para buscar as roupinhas dela, por causa que tinham mandado as roupas tudo errado, foi ruim demais, horrível, cheguei lá comecei a chorar, estava doida pra mim até voltar de a pé, foi horrível demais".

Em um outro momento da dinâmica conversacional com Duda, foi questionado a respeito do vínculo com a bebê, se a prematuridade dificulta e ela então sem titubear afirmou que na verdade, no caso dela, facilitou, novamente indicando o quanto essa problemática mexe com o emocional das mães:

Eu achei que facilitou o vínculo. Por causa que eu ficava pensando: E quando ela nascer? Eu vou olhar assim. Será que vai me dar uma depressão? Eu ficava pensando isso. Será que vai me dar uma depressão, pois diz que pode dar depressão pós parto né? Quando não, quando não aceita. Aí quando ela nasceu foi totalmente diferente.

Nessa fala podemos verificar a mudança da participante que ocorreu a partir do momento do nascimento, que ela afirma no complemento de frase que foi um momento lindo e com a fé que teve ela não perdeu a filha e conforme afirma no item 38 do complemento de frases que "a filha tem um sorriso que faz eu lutar por ela", o que nos leva a concluir que apesar das dificuldades que possam vir a surgir na internação e em seu desenvolvimento ela está disposta a lutar e seguir em frente, o que também pode ser verificado ao longo da dinâmica observacional no hospital, em que Duda mesmo diante de várias notícias não tão boas, não se deixou abalar e disse que estará sempre junto da filha, pois o importante é que a mesma está viva e ela é mãe, então tem que ser presente, bem como a filha foi seu presente, nas palavras de Duda, "melhor presente de aniversário".

Vale ressaltar que existem outros indicadores ao longo dos instrumentos, que geraram vários outros sentidos subjetivos de cada mãe, porém foram escolhidos aqueles ilustram os principais sentidos subjetivos identificados na construção e análise das informações na visão da

pesquisadora que perpassam **a experiência de construção da maternidade**, algo não esperado no início da pesquisa, mas que ficou bastante evidente nas análises das informações demonstrando o quanto a prematuridade impacta na subjetividade das mulheres, que também são mães prematuras, não importando se houve outras experiências com relação a prematuridade, pois cada filho nascido prematuro é uma nova experiência.

De acordo com González Rey (2007) uma característica essencial da subjetividade é sua capacidade para subverter a ordem institucional que caracteriza a organização hegemônica de qualquer ordem social. Tem sido precisamente essa tensão e contradição permanente um dos elementos principais da constante mudança da sociedade. Negar a subjetividade é equivalente a desconsiderar a força da produção humana mais genuína, e nos submeter ao domínio do instrumental. Como coloca Beck “quem pode fazer e aprender isso, como e por que, ou por que não, torna-se por sua vez uma pergunta biográfica e política fundamental da época atual”, não é apenas uma pergunta biográfica, pois a biografia em sua sequência descritiva não brinda a chave do problema. Antes de tudo é uma pergunta aberta à nova ordem da subjetividade que permitirá aos sujeitos a aos seus respectivos espaços de vida social gerarem uma produção subjetiva que possibilite responder a esse novo momento da subjetividade social e as suas consequências.

Sendo assim, é fundamental considerar a questão as configurações subjetivas das mães de crianças nascidas prematuras, visto que o impacto causado pode dificultar a vinculação mãe-bebê e conseqüentemente o desenvolvimento da criança. Entretanto, ao considerarmos esse aspecto, podemos ampliar nossa visão de saúde e transformar a prematuridade em um evento potencial de transformações positivas na vida das mães e familiares que passam por essa situação, dando novo sentido subjetivo individual e social a maternidade nesse cenário.

Tendo isso em vista, na seção seguinte foi realizado um recorte dos indicadores produzidos na construção das informações relacionando a experiência das mães participantes da pesquisa com o PAMP, a fim de verificar o que entendem e percebem do programa.

4.9.3 A importância do PAMP para as participantes da Pesquisa

A partir dos instrumentos indutores de informações, ao longo da pesquisa foi também possível identificar a experiência com o PAMP de cada uma e suas respectivas opiniões a partir do que vivenciaram

Quadro 9 - Experiência das participantes com o PAMP

Mães	Técnica de Conversação	Complemento de Frases
Ana	"Aqui no hospital as enfermeiras me ajudaram muito e a psicóloga, foi muito bom, pois eu fiquei muito mal, agitada, depois triste, cada notícia uma emoção" "Eu acho que a psicologia depois das oficinas e atendimentos gerar um relatório para levar para casa [...]"	5. Na unidade neonatal muito bom; 45. O hospital muito bom, não posso falar mal. 46. A psicologia muito bom, me deixa melhor. 47. O programa de atendimento aos prematuros é muito bom
Beatriz	"No ambulatório, foi muito bom o apoio que tive com a psicologia, me ajudou a me comunicar com meus filhos e eles comigo". "Fiquei feliz que o programa ainda existe, assim se alguma mãe precisar, vai ter onde buscar ajuda e informação"	5. Na unidade neonatal estou segura; 45. O hospital informação e melhoras. 46. A psicologia é tudo o que não posso dizer para outro. Confidencia. 47. O programa de atendimento aos prematuros gostei, me fez entender melhor.
Duda	"O hospital muito bom não tenho o que reclamar" "Acho que a psicologia ajuda. Mexe com a cabeça da gente né? Então, a gente vai distraindo". Eu acho aqui melhor, principalmente porque lá em Paranaíba é um problema esse negócio de saúde [...] não sei nos outros lugares, mas para mim aqui é o melhor!"	5. Na unidade neonatal muito boa em cuidar das crianças. 45. O hospital muito bom, não tenho o que reclamar. 46. A psicologia ajuda para distrair. 47. O programa de atendimento aos prematuros o melhor da região que eu conheço.

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme podemos verificar no quadro acima, podemos definir a experiência da participante **Ana** como muito boa com relação ao hospital, unidade neonatal e o PAMP conforme indicado diretamente no complemento de frases nos itens "5", "45", "46" e "47". Isso porque conforme dinâmica conversacional a equipe de saúde (enfermeiras e psicóloga) deu todo suporte inclusive emocional à ela, pois a cada nova notícia era uma emoção e para a participante foi essencial, visto que durante as conversas relatou estar enfrentando tudo sozinha em Campo Grande, longe da família e dos filhos, já que mora no interior do estado.

Ao longo das conversas realizadas pude perceber que ela considera o hospital, a unidade neonatal e o PAMP um trabalho só, sintetizando-os como "o cuidado que eu e minha filha recebemos" conforme afirmou Ana. Apenas ressaltou que com relação ao PAMP sabe que são as oficinas e os atendimentos dos psicólogos, pois já participou das oficinas, onde pode

confeccionar um porta-fralda e móbile, bem como já foi atendida por algumas estagiárias ao longo da internação de sua filha, pois "estava sempre muito ansiosa, impaciente, confusa no que esperar, desesperada, pois a cada dia era um problema, uma emoção e o jeito era esperar até o outro dia para ver se o quadro melhorava ou piorava" conforme afirmou a própria Ana. Sendo assim, podemos verificar que o PAMP mesmo sendo um projeto de extensão dentro do setor de Neonatologia, na visão da participante o mesmo está integrado aos cuidados recebidos do setor e foi muito positivo para ela.

Por fim pediu explicação sobre o que era o PAMP em uma das últimas conversas realizadas com a pesquisadora e sugeriu que fosse dado um relatório de alta resumindo o trabalho realizado pela participante no programa e um encaminhamento para continuar sendo atendida lá, caso fosse necessário e que também seria fundamental que o setor tivesse uma psicóloga profissional só para atender as mães e familiares, visto que achou o atendimento da pesquisadora muito bom, ajudou ela a ficar menos ansiosa para a alta e tirou várias dúvidas sobre prematuridade e que todas as mães deveriam receber esse atendimento psicológico.

Com relação a experiência da participante **Beatriz** em relação ao hospital, unidade neonatal e o PAMP conforme indicado diretamente nos no complemento de frases nos itens "5", "45", "46" e "47" podemos verificar que de modo geral foi positiva, porém devido à várias causas, na unidade neonatal se sente segura no cuidado com o filho, pois viu muita dedicação por parte dos profissionais, conforme completado durante a dinâmica conversacional também, o hospital é percebido como um local que proporciona informações e melhora do estado de saúde do filho, a psicologia proporciona um suporte emocional, onde ela pode dizer o que está sentido de forma segura e sigilosa sem julgamentos conforme explicou ao longo da dinâmica conversacional e o PAMP foi muito bom para ela, gostou muito, pois pode entender melhor a relação consigo mesma, com os filhos e a prematuridade, podendo melhorar como mãe.

Através da dinâmica conversacional com a participante Beatriz, a mesma referiu ter sido atendida pelo PAMP e pela Psicologia, mais especificamente pela psicóloga Patrícia na etapa do ambulatório, quando precisou do acompanhamento psicológico para ela e para sua filha que nasceu prematura e demorou a falar. Foi muito boa a experiência que teve com a psicologia, pois "me ajudou a me comunicar com meus filhos e eles comigo", descobrindo que o atraso na linguagem da filha era de origem emocional.

Ao final do diálogo sobre o PAMP, foi explicado para a mesma a respeito das mudanças no Programa e então a participante disse que ficou muito feliz que o Programa ainda existe, pois se alguma mãe de prematuro precisar vai ter onde buscar informação e ajuda, pois uma

criança nascida prematura pode apresentar algum problema meses depois do seu nascimento, então precisam divulgar mais esse Programa.

Por fim, a experiência da participante **Duda** em relação ao hospital, unidade neonatal e o PAMP por meio do complemento de frases nos itens “5”, “45”, “46” e “47” no quadro acima, podemos verificar que também foi positiva, visto que achou o tratamento recebido no hospital muito bom. Com o auxílio das sínteses geradas ao longo da dinâmica conversacional verificamos que a unidade neonatal é muito boa, pois cuida muito bem dos bebês e cuidou muito bem de sua filha; o hospital é muito bom, o que a partir da dinâmica conversacional verificamos que ela afirma que acolheram-na muito bem, tiveram paciência, ocorreu tudo bem no parto, salvaram sua filha e continuam cuidando muito bem dela; e o PAMP é muito bom, pois nas oficinas você distrai a cabeça, conhece outras mães e faz atividade e nos atendimentos te ajuda lidar com a situações que vão acontecendo.

A participante referiu ter sido atendida por uma estudante de psicologia quando sua filha estava ainda internada na UTI Neonatal, porém depois não encontrou mais a menina e queria continuar conversando com um psicóloga, pois lhe fez muito bem. Também foi em poucas oficinas terapêuticas, mas participou de algumas, levada por uma outra mãe, da mesma cidade que ela e ficaram amigas.

Como reclamação disse que poderiam ter mais estagiários de psicologia no Programa, principalmente a tarde que não tem movimento, senão a pessoa é atendida apenas algumas vezes, depois quer continuar, mas não acha a pessoa e a presença da psicologia ajuda muito.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pode ser dividido em duas fases: a primeira fase foi de desconstruções e reconstruções teóricas relacionadas à prematuridade, à saúde, à psicologia, à maternidade e ao desenvolvimento humano. Já a segunda fase foi de desconstruções envolvendo a atuação do psicólogo na saúde, através da pesquisa realizada, resgatando a valorização da subjetividade, do sentido subjetivo, diálogo e das relações na prática a partir de uma visão histórico-cultural.

De tal modo, consideramos que incorporado a um mundo social e culturalmente estruturado, o indivíduo apropria-se do contexto ao mesmo tempo em que promove a inserção de sua atividade cotidiana e constrói sua autonomia de uma forma dialética. Os diversos espaços onde se realiza a ação do sujeito, em um contexto histórico, social e cultural concreto, comportam a expressão de suas dimensões da subjetividade.

A Epistemologia qualitativa que se caracteriza pelo seu caráter construtivo-interpretativo, dialógico e pela sua atenção ao estudo dos casos singulares por sua vez atende aos desafios da sociedade atual, uma realidade em constante mudança que precisa que os pesquisadores superem a visão centrada nos instrumentos de coleta de dados e avancem na perspectiva de reconstruir permanentemente o processo de pesquisa, articulando constantemente a construção teórica com o momento empírico. Mas também que privilegiam o estudo da subjetividade, visto que a singularidade é a única via que estimula os processos de construção teórica portadores de um valor de generalização perante o estudo da subjetividade.

Partindo então da importância das práticas educativas para o desenvolvimento humano, proponho uma discussão que visa subverter as divisões arbitrárias amiúde estabelecidas entre clínica, saúde e educação. Para isso, apresento uma concepção de experiência educativa em estreito diálogo aos processos de subjetivação enfatizados neste estudo.

A respeito da pesquisa realizada, podemos verificar que mesmo sendo realizada pela primeira vez pela pesquisadora com apenas três participantes e por um período bastante limitado de tempo – quatro dias, que se constituíram nos maiores desafios enfrentados, foi possível a construção de uma aproximação genuína, relacional, dialógica e permeada de afeto junto as mães no decorrer da pesquisa, ficando na construção das informações, muito clara a sua relevância.

A prematuridade tem um profundo impacto na subjetividade das mães, devido aos múltiplos aspectos que afetam-na de diversas formas, tornando-as fragilizadas e em situação de sofrimento gerando várias emoções no processo de internação do bebê nascido prematuro, que

podem influenciar diretamente no cuidado do mesmo, como a tristeza, culpa, raiva e a impotência conforme verificado na pesquisa.

Considerando que as condições emocionais são um fator constituinte da saúde do ser humano e de extrema importância ao seu desenvolvimento. Quando nos referimos à situação de prematuridade, a figura da mãe se torna central, pois através da qualidade relacional e afetiva construída com o bebê pode ser um agente qualitativo no seu processo de recuperação. Nesse sentido, os processos e formações subjetivas da mãe são um ponto fundamental na constituição de uma presença afetiva capaz de alavancar o desenvolvimento do bebê, ou mesmo estagnar, quando essa relação é comprometida, pelos próprios desafios gerados pela prematuridade, como as depressões pós-parto que comprometem o estabelecimento de vínculos, sendo fundamental que esses aspectos sejam trabalhados.

Desse modo, verificamos que o suporte psicológico desde a UTI Neonatal é essencial as mães para que possam ter condições de gerar sentidos subjetivos positivos a essa experiência apesar das dificuldades, facilitando principalmente a vinculação mãe-bebê e prevenção quadros patológicos de saúde mental.

Fernando Luís Gonzalez Rey, autor escolhido como norteador epistemológico, teórico e metodológico desse trabalho, afirma que uma relação contínua, íntima, compensadora e afetiva, está na base do desenvolvimento da personalidade e da saúde mental. Destarte, entender como se estrutura o psiquismo da mãe e verificar a percepção que esta tem, de si e da vivência da prematuridade é de suma importância no intuito de melhor auxiliá-la, por meio de intervenções psicológicas que refletirão também na interação mãe-bebê, possibilitando que a mulher fique mais estável psiquicamente e, logo, solícita às necessidades do filho.

Para isso, é necessária uma abordagem individualizada, em que a subjetividade materna e as particularidades de cada família sejam respeitadas e incluídas no processo de cuidados da saúde do neonato, pois somente através da identificação conjunta das alterações maternas, fetais e neonatais poderá ser feito um planejamento adequado de ações de prevenção e melhoria da qualidade da assistência em saúde prestada aos mesmos.

Os processos relacionados à saúde estão comprometidos com as diferentes representações de um momento histórico e também com os processos de sentido produzidos pelos diferentes indivíduos ao se confrontarem com o adoecimento que precisam ser considerados. Nesta hermenêutica, verificamos mães/cuidadores em situação de sofrimento, não só devido à fragilidade de saúde do filho, mas por dificuldades financeiras, grande número de filhos, ausência do parceiro, condições emocionais e instabilidades no relacionamento,

prejuízos nos estudos, sendo essencial o apoio de uma equipe de saúde multidisciplinar que possa olhar para todos os aspectos constituintes da saúde.

Daí a importância de uma Política Pública para o prematuro instituída para transformar a forma do cuidado, e assim abrir espaço para a humanização nessa tarefa. Os serviços de saúde estão estruturados pela forma fragmentada de cuidado, e isso ainda se perpetua atualmente. Em decorrência disso, as famílias e os bebês recebem uma assistência centrada em procedimentos técnicos, não sendo assistidos integralmente, e levando a situações em que muitas vezes as suas reais necessidades não recebem atenção. Desse modo, temos grandes descompassos entre o conhecimento e a prática, sendo a própria formação um grande obstáculo para promover a interdisciplinaridade, e corroborar com o que a política do Método Canguru preconiza sobre um cuidado integral a família e ao bebê.

Nesse contexto, verificamos que o PAMP é fundamental, pois proporcionam espaços de saúde, educação e subjetividade, visando a prevenção e a promoção de saúde a partir da psicologia histórico-cultural e assistência centrada nos aspectos biopsicossociais dos sujeitos para a garantia de um cuidado de saúde integral e articulado.

Podemos concluir alegando que todas as experiências contribuíram para a construção de um olhar mais amplo na saúde de forma a encorajar ainda mais a continuação dos estudos da teoria da subjetividade, da epistemologia qualitativa, que é apenas inicial neste trabalho. Porém, é com esse olhar sobre os múltiplos aspectos que influenciam o tornar-se mãe de um bebê nascido prematuro, da complexidade das formas de produção de saúde existentes atualmente e da consciência da importância de se realizar pesquisas com foco na subjetividade, que julgo-a como importante para o desenvolvimento da psicologia e da saúde.

Novas pesquisas se fazem necessárias nas outras etapas do Programa com o objetivo que se possa demonstrar a importância do trabalho psicológico e do trabalho multidisciplinar ao longo do processo de desenvolvimento das crianças nascidas prematuras. Além disso, os problemas e sugestões para o PAMP identificados pelas participantes, serão levados para discussão no Programa a fim de propor melhorias ao mesmo, bem como os elogios e resultados do trabalho também serão divulgados a todos os envolvidos para fortalecimento e valorização do trabalho já realizado até o momento.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. de. et al. *Hypothermia and early neonatal mortality in preterm infants. Journal of Pediatrics*, v. 164, n. 2, p. 271-275, 2014.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: Koogan S.A., 1981.

ASSEL, M. A.; LANDRY, S. H.; SWANK, P. R.; STEELMAN, L.; MILLER-LONCAR, C.; SMITH, K. E. *How do mothers' childrearing histories, stress and parenting affect children's behavioral outcomes? Child: Care, Health and Development*, Oxford, vol. 28, 5, p. 359- 368, 2002.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1985.

BARKER, D. J. et al. *Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. The Lancet*, London, v. 341, n. 8850, p. 938-941, 1993.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: A experiência vivida**. Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1980.

BECK, S., WOJDYLA, D., SAY, L., BETRAN, A.P., MERIALDI, M. *The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bulletin World Health Organization*, n.88, pp. 31–38, 2010.

BECKWITH, L.; RODNING, C. *Intellectual functioning in children born preterm: recent research*. In: OKAGAKI, L.; STERNBERG, R. J. **Directors of development-influences on the development of children's thinking**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1991. pp. 25-58.

BERKOWITZ, G. S.; PAPIERNICK, E. *Epidemiology of Preterm Birth. Epidemiologic Rev*, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health V. 15, n. 2, pp. 414-443, 1993.

BISSINGER, R. L.; ANNIBALE, D. J. *Thermoregulation in very lowbirthweight infants during the golden hour: results and implications. Advances in Neonatal Care*, v. 10, n. 5, p. 230-238, 2010.

BOUNDY, E. O.; DASTJERDI, R.; SPIEGELMAN, D.; FAWZI, W.W.; MISSMER A, S.; LIEBERMAN, E. *Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. Pediatrics*. V. 1, n. 137, 2016.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. Martins Fontes, São Paulo, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas básicas para alojamento conjunto**: passo 7: iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Brasília, DF, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Manual Técnico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 204 p.

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Manual Técnico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 204 p.

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru/ Manual Técnico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.

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

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 2, n. 9, pp. 457-467, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20399.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

CHITTY, H.; WYLLIE, J. *Importance of maintaining the newly born temperature in the normal range from delivery to admission*. **Seminars in Fetal e Neonatal Medicine**, v. 18, n. 6, p. 362-368, 2013.

CHODOROW, N. **Psicanálise da Maternidade**: uma crítica a Freud a partir da mulher. Editora Rosa dos tempos, Rio de Janeiro, 1990.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M.; RAMOS, F. R. de S.; BORENSTEIN, M. S. Políticas Públicas de Saúde ao Recém-nascido no Brasil: Reflexos para a Assistência Neonatal. 2010

COSTA, H. P. F.; TADEU, S. **O Recém-Nascido de Muito Baixo Peso**. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.

COSTA, J. F. **A ordem médica e norma familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

COWAN, W. M. *The development of the brain*. In: *The brain. A scientific American book*. San Francisco: W. H. Freeman, p. 57-67, 1979.

DAVID, V. L.; RADULESCU, A.; BOIA, M.; POP, E.; POPOIU, M. C.; BOIA, E. S. *Factors of mortality and morbidity in necrotizing enterocolitis*. *Genet. Jurnalul Pediatrului*, v. 11, ano 11, n. 41, p. 49-53, 2008.

DJOUMERSKA ALEXIEVA, I.; MANOYLOV, I.; DIMITROV, J. D.; TCHORBANO, A. *Serum or breast milk immunoglobulins mask the selfreactivity of human natural IgG antibodies*. *APMIS: acta pathologica, microbiologica et immunologica scandinavica*, v. 122, n. 4, p. 329-340, 2014.

DONZELOT, J. **Polícia das Famílias**. 2 ed., Editora Graal, Rio de Janeiro, 1986.

EHRENKRANZ, R. A. et al. *Validation of the National Institutes of Health consensus definition of bronchopulmonary dysplasia*. *Pediatrics*, v. 116, n. 6, p. 1353-1360, 2005.

ELKONIN, D. B. *Desarrollo psíquico de los niños*. In: SMIRNOV, A. A. et al. *Psicología*. México: Grijalbo, 1960.

ELKONIN, D. B. *Sobre el problema de la periodización del desarrollo psíquico en la infancia*. In: DAVIDOV, V; SHUARE, M. (Org.). *La psicología evolutiva y pedagógica en la URSS (antología)*. Moscou: Progresso, 1987. p. 125-142.

FORTES FILHO, J. B.; BARROS, C. K.; COSTA, M. C.; PROCIANOY, R. S. *Resultados de um programa de prevenção da cegueira pela retinopatia da prematuridade na Região Sul do Brasil*. *J Pediat.*, v. 3, n. 83, pp. 209-16, 2007.

GOMES, C. A. V. *O Lugar do Afetivo no Desenvolvimento da Criança: Implicações Educacionais*. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 3, p. 509-518, jul./set. 2013.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Thomson, 2005.

_____. **Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Thomson, 2005.

_____. **Sujeito e Subjetividade**. São Paulo: Thomson, 2003.

_____. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Thomson, 2002.

GRAVETT, M. G.; RUBENS, C.E.; NUNES, T. M. *Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. BMC Pregnancy and Childbirth Rev*, V. 10, Suppl 1, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-S1-S2>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

GRUNAU, R. E.; HOLSTI, L.; PETERS, J. W. *Long-term consequences of pain in human neonates. Semin. Fetal Neonatal Med.*, v. 11, n. 4, p. 268-275, 2006.

FACCI, M. A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigotski. *Cadernos Cedes*, v.24, n.62, p.64-81. São Paulo: Cortez; Campinas: CEDES, 2004.

JOBE, A. H.; BANCALARI, E. *Bronchopulmonary dysplasia. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 163, n. 7, p. 1723-1729, 2001.

KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A. C.; CARMO, M. S. N.; SUGAHARA, G. T. L. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev. Saúde Pública*, V. 3, n. 37, pp. 303-10, 2003. Disponível em: <<http://files.sandrabarbosa.webnode.com.br/2000012100616015ad/assistencia%20pr%C3%A920natalARTIGO.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2018.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. **Vínculo**: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KLEIN, V. C.; LINHARES, M. B. M. Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, n. 11, p. 284-294, 2006

KNOBEL, R. N. *Fetal and Neonatal Thermal Physiology. Newborn & Infant Nursing Reviews*, v. 14, n. 2, p. 45-49, 2014.

KOPELMAN, B. I. et al. (Ed.). **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LAPTOOK, A. R.; SALHAB, W.; BHASKAR, B. *Admission temperature of low birth weight infants: predictors and associated morbidities. Pediatrics*, v. 119, n. 3, p. 643-649, 2007

LIAW, F. R.; BROOKS-GUNN, J. *Patterns of low-birth-weight children's cognitive development. Developmental Psychology*, Washington, vol. 29, 6, p. 1024-1035, 1993.

LINHARES, M. B. M. **Vulnerabilidade, risco e proteção no desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo**. Tese de Livre-Docência não-publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, 2009.

LO BIANCO, A. C. A Psicologização do Feto. In FIGUEIRA, S. (org.) **A Cultura da Psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985, pp. 94-115.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**. Petrópolis, Vozes, 1989.

MARCHETTI, D.; MOREIRA, M. C. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 1, jan /jun. 2015, p. 82-89. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a11.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

MATIJASEVICH, A.; SILVEIRA, M. F.; MATOS, A. C. G.; NETO, D. R.; FERNANDES, R. M.; MARANHÃO, A. G. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. N. 22, v. 4, pp. 557-564, 2013.

MAUSHART, S. **A máscara da maternidade**: por que fingimos que ser mãe não muda nada? São Paulo: Melhoramentos, 2006.

MCCOURT, C.; WEAVER, J.; STATHAM, H.; BEAKE, S.; GAMBLE, J.; CREEDY, D.K.; *Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature*. **Birth**, n. 34, pp. 65-79, 2007.

MIKIEL-KOSTYRA, K, *et al. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study*. *Acta Paediatr.*, Oslo, v. 89, no . 12, p. 1301-1306, 2002.

MIKOLAJCZYK, R. T.;ZHANG, J.; BETRAN, A. P.; SOUZA, J. P.; MORI, R.; GÜLMEZOGLU, A. M. *A global reference for fetal-weight and birthweight percentiles*. **Lancet**, v. 377, suppl. 9780, pp. 1855-61, 2011.

MONTEIRO, T. M. T.; SILVA, L. M. S.; SILVA, M. V. S. Reações de Mães Diante do Nascimento de um Filho Prematuro. **Cogitare Enferm**. v.7, n.1, pp.36-42, Curitiba, 2002.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. de F. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. *Psicologia*. **Ciência e Profissão**, v. 1, n. 24, pp. 44-55, 2004. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a06.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

NAGAHAMA E. E. I.; SILVIA MS. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 10, n. 3, pp. 651-657, 2005.

NEU, J.; WEISS, M. D. *Necrotizing enterocolitis: pathophysiology and prevention*. **JPEN: journal of parenteral and enteral nutrition**, v. 23, n. 5, pp. S13-S17, 1999.

NEWELL, S. J. *Enteral feeding of the micropremie*. **Clinics in Perinatology**, v. 27, n. 1, pp. 221-234, 2000.

PAPAGEORGIU, A.; PELAUSA, E.; KOVACS, L. O recém-nascido de extremamente baixo peso ao nascer. In M. G. MACDONALD; M. D. MULLETT, M. M. K; *Seshia* (Eds.), *Avery*.

Neonatologia Fisiopatologia e Tratamento do Recém-Nascido. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PASQUALINI, J. C. A Perspectiva Histórico-Dialética da Periodização do Desenvolvimento Infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 31-40, jan./mar. 2009.

PEREIRA, L.B.; ABRÃO, A. C. F. de V.; OHARA, C. V. da S.; RIBEIRO, C. A. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. *Texto Contexto Enfermagem*, v.24, nº1, p.55-63, jan./mar. 2015.

PONTES, G. A. R.; CANTILLINO, A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **Jornada Bras. Psiquiatr.** V. 4, n. 63, pp. 290-8, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0290.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

PREMER, D. M.; GEORGIEFF, M. K. *Nutrition for ill neonates.* **Pediatrics in Review**, v. 20, n. 9, pp. e56-e62, 1999.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, pp. 297-304, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09>>. Acesso em 20 jan. 2018.

RECCHIA, F. M.; CAPONE, A. Jr. *Contemporary understanding and management of retinopathy of prematurity.* **Retina.** V. 2, n. 24, pp. 283-92, 2004.

RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. *J.Pediatr*, v. 2, n. 29, pp. 117-128, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n1/11.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2018.

ROSSATO, M. **O movimento da subjetividade no processo de superação das dificuldades de aprendizagem escolar.** Tese de Doutorado em Educação. Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2009, 209 f.

RUGOLO, L.M.S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **J. Pediatria**, v.81, pp.101-110, 2005.

SALEM, T. A **Trajetória do “Casal Grávido”**: de sua Constituição à Revisão de seu Projeto. In Figueira, S. (org.) *A Cultura da Psicanálise.* São Paulo: Brasiliense, 1985, pp. 35-61.

SALGE, C. A. K. M. et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 3, n. 11, pp. 642-6, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SANTOS, L. M.; SILVA, C. L. de S.; SANTANA, R. C. B.; SANTOS, V. E. P. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia

Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 5, n. 65, pp. 788-94 Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/11.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2018.

SANTOS, L. M.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Brasileira de Enf.**, Brasília, v. 65, n. 2, pp. 269-275, 2012.

SANTOS, D. S. S.; TEIXEIRA, E. C. Vínculo Mãe-Bebê no Contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão Bibliográfica. **Rev. Brasileira de Saúde Funcional: Atenção, cuidado e educação em saúde**. V. 01, n. 02, 2017. Disponível em: <www.seeradventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/download/891/736>. Acesso em: 20 fev.

SCHAFFER, H. R. **Social development**. Blackwell Publishers Ltda, Oxford, 1996.

SCHERMANN, L. Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 01, n. 09, pp. 55-61, 2001.

SCHIMIDT, B. *Evaluating “old” definitions for new bronchopulmonary dysplasia*. **Journal of Pediatrics**, v. 140, n. 5, p. 555-560, 2002.

SCHOEN, M.E.; XUE, X.; HAWKINS, T. R.; ASHBOLT, N.J. *Comparative human health risk analysis of coastal community water and waste service options*. **Environ. Sci. Technol.** V. 16, n. 48, pp. 9728–9736. 2014

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, pp. 403-411, Campinas, 2003.

SPEHAR, M. C. **Mães de bebês prematuros no Método Canguru**: aspectos psicossociais, enfrentamento e auto-eficácia. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde. Universidade de Brasília, 2013. 114 p. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14446/1/2013_MarianaCostaSpehar.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SPITZ, R. *Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood* Psychoanal Study Child. **Imago**, v. 01, pp. 53-75, Londres, 1945.

STOCKMAN III, J. A.; GARCIA, J. F.; OSKI, F. A. *The anemia of prematurity: Factors governing the erythropoietin response*. **The New England Journal of Medicine**, v. 269, p. 647-650, 1977.

TACCA, M. C. V. R. (Org.). **Aprendizagem e trabalho pedagógico**. Campinas, SP: Alínea, 2008.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. 2012. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade de Brasília, DF, 2012.

THUREEN, P. J.; HAY, W. W. J. *Intravenous nutrition and postnatal growth of the micropremie*. **Clinics in Perinatology**, v. 27, n. 1, p. 197-219, 2000.

VENTURA, L. M. O.; TRAVASSOS, S.; VENTURA, A. G.; TRIGEIRO, L.; MARQUES, S. Um programa baseado na triagem visual de recém-nascidos em maternidades. Fundação Altino Ventura/2000. **Arq. Bras. Oftalmol.** V. 6, n. 65, pp. 629-35, 2002.

VYGOTSKI, L.S. *Obras escogidas*. Madrid: Visor, v.4, 1996.

VYGOTSKI, L.S. *Obras escogidas*. Madrid: Visor, v.3, 1983.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S.D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 27 Supl 2, pp. 56-64, 2005.

ZOMIGNANI, A. P.; ZAMBELLI, H. J.; ANTONIO, M. A. R. G. M. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. **Rev Paul Pediatr**, v. 2, n. 27, pp.198-203, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n2/13.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2018.

WINNICOTT, D. Preocupação materna primária. pp. 399-405, 1978. In: **Textos selecionados da pediatria à psicanálise**. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1956.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preterm birth*. Fact sheet n. 363. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acesso em: 03 jan. 2018.

ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP de Aprovação da Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Produções de sentidos subjetivos da Prematuridade em mães participantes do Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras

Pesquisador: Sylvianara Aparecida da Costa Escobar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85217518.7.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.577.609

Apresentação do Projeto:

A prematuridade, considerada um grave problema de Saúde Pública, é decorrente de diversas circunstâncias que afetam toda estrutura familiar. No intuito de construir ações preventivas que focalizem os bebês prematuros e seus cuidadores, surgiu em 2011, o Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras realizado na Unidade Neonatal e Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS). Após seis anos de funcionamento do mesmo, se faz necessária uma reflexão a respeito do impacto da prematuridade na subjetividade das mães de bebês prematuros participantes a fim de fortalecer e ampliar as intervenções da psicologia na saúde. Esta pesquisa então tem como objetivo geral analisar as configurações subjetivas da prematuridade em quatro mães participantes do Programa a partir da Epistemologia Qualitativa desenvolvida por González Rey. Serão utilizados a dinâmica conversacional, o completamento de frases, atividade com figuras e a observação participante como recursos instrumentais. Espera-se que a pesquisa possibilite a elucidação da importância do trabalho já realizado e o aprimoramento do Programa.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as configurações subjetivas da prematuridade em mães participantes do Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras realizado em um Hospital Universitário a partir da perspectiva da psicologia histórico-cultural.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.577.609

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O conteúdo gerado na entrevista e contato com as mães incitam recordações de situações e momentos difíceis, podendo gerar alguns comportamentos tais como ansiedade, choro, nervosismo, que são esperados ao longo do envolvimento com a pesquisadora por se tratar de conteúdos subjetivos, algo bastante rotineiro nos atendimentos de psicologia no contexto hospitalar. Entretanto está previsto que caso seja necessário haja o manejo emocional da pessoa bem como há a possibilidade de oferecer a opção de parar a atividade e continuar em outro momento, bem como sua desistência em continuar sua participação na pesquisa caso prefira.

Benefícios:

Espera-se que essa pesquisa possibilite principalmente a elucidação do impacto do trabalho já realizado pelo Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras no Hospital bem como sua importância para as famílias de bebês nascidos prematuros enquanto promotor de saúde, fortalecimento emocional e autonomia dos indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa da pós-graduação em psicologia, com alta significatividade social e científica, utilizando aspectos teóricos-metodológicos da psicologia histórico-cultural, utilizando como base empírica 04 mães de crianças pré-maturas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados: TCLE, termos de inclusão e exclusão, autorização, instrumento de coleta (complemento de frases), folha de rosto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1077950.pdf	26/02/2018 23:23:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de pesquisa Mestrado Sylvianara.pdf	26/02/2018 23:22:12	Sylvianara Aparecida da Costa Escobar	Aceito
Declaração de	autorizacaohumap.pdf	26/02/2018	Sylvianara	Aceito

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.577.609

Instituição e Infraestrutura	autorizacaohumap.pdf	23:21:27	Aparecida da Costa Escobar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/02/2018 23:12:55	Sylvianara Aparecida da Costa Escobar	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/02/2018 23:08:32	Sylvianara Aparecida da Costa Escobar	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 03 de Abril de 2018

Assinado por:
Geraldo Vicente Martins
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bloetica@propp.ufms.br

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da Pesquisa intitulada: Produções de sentidos subjetivos da Prematuridade em mães participantes do Programa de Assistência ao Desenvolvimento de Crianças Nascidas Prematuras

Meu objetivo será conversar com você sobre suas vivências no Programa, por isso, pode ser que em alguns momentos você se recorde de situações e momentos difíceis, porém através da sua participação será possível identificar as contribuições do Programa para a comunidade e desenvolver novas ações de apoio às mães que tiveram bebês prematuros, tornando-o melhor e mais próximo das suas necessidades.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguro que seu nome não aparecerá, sendo mantido o sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

Caso concorde em participar voluntariamente desta pesquisa, sua participação será em um encontro individual comigo, no qual farei uma entrevista que será gravada o áudio para posterior análise e também duas atividades – uma com figuras e outra de completamento de frases a fim de que o resultado seja o mais fidedigno possível. Informo que você poderá se recusar responder qualquer pergunta e caso se sinta desconfortável pode desistir de participar desta pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a minha guarda durante 5 anos e após esse tempo será descartada e os resultados da pesquisa poderão ser publicados em artigos, revistas especializadas, livros ou congressos.

Caso você tenha qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS pelo telefone 3345-7187. Dúvidas sobre a pesquisa pode entrar em contato direto comigo (98130-3546).

Este documento foi elaborado em 2 vias, uma ficará comigo e a outra com você.

Autorizo registro de áudio: () Sim () Não

Nome / Assinatura: _____

Sylvianara Aparecida da Costa Escobar

Pesquisadora Responsável (CRP 14/05995-2) _____ de _____ de _____

APÊNDICE B – Dados das Atividades de ANA

Completamento de Frases

1. **Gosto** dos meus filhos.
2. **Gostaria de saber** quando vou embora.
3. **Lamento** pelos erros e não posso mudar.
4. **Meu maior medo** de perder minha filha.
5. **Na unidade neonatal** muito bom.
6. **Não posso** ficar triste.
7. **Sofro muito** de estar longe de casa.
8. **Meu futuro** meus filhos.
9. **Estou melhor** um pouco.
10. **Algumas vezes** sou bocuda.
11. **Minha preocupação principal** minha filha agora no momento.
12. **Desejo** estar bem com todos da família e minha mãe.
13. **Ser mãe de um bebê prematuro** muito difícil.
14. **Eu quero** ser feliz.
15. **Meu maior problema** chorona.
16. **O trabalho** não tenho, mas, eu preciso.
17. **Amo** meus filhos, minha tia e todos, eu esqueço as vezes de mim.
18. **Eu prefiro** ser sozinha.
19. **Acredito que as minhas melhores atitudes são** não sou calma.
20. **A felicidade** na vida e com meus filhos.
21. **Esforço-me por** a vida da minha filha agora no momento.
22. **A Gravidez** não cuidei, mas, me arrependo. Eu não quero mais.
23. **Para mim é difícil** a vida e saudade de uma mãe.
24. **Meu maior desejo** que eu e minha mãe não briga.
25. **Meu maior prazer** é estar bem com ela, mãe.
26. **Minha família** as vezes estão longe de mim pelos erros.
27. **Meus estudos** abandonei mas pretendo voltar.
28. **Minha vida futura** eu quero melhorar agora.
29. **Com frequência penso sobre** saudade da família e com minha mãe.
30. **Dedico maior tempo a** nada, vou mudar.
31. **Sempre que posso** (penso) em mudar minha vida para melhor.
32. **Luto** a saudade do meu pai.
33. **Com frequência sinto** agora bem.
34. **Meu filho** amo muito, mas, do meu jeito.
35. **Penso que os outros** falam da minha vida demais.
36. **O lar** muito bom.
37. **Ao deitar** agora em oração.
38. **Os homens** não prestam de nada.
39. **Uma mãe** muito longe.
40. **O parto** alguns foram bons, outros complicados.
41. **Quando tenho dúvidas** fico perguntando e muito.
42. **Odeio** falsidade.
43. **Quando estou só** sozinha eu tenho muito medo.
44. **Os meus amigos** falsos.
45. **O hospital** muito bom, não posso falar mal.

46. A psicologia muito bom, me deixa melhor.

47. O programa de atendimento aos prematuros, muito bom.

Atividade com figuras: escolha 05 figuras que representam sua trajetória de mãe de prematuro



Figura A. Quando eu descobri que estava grávida eu escondi da minha mãe e não aceitava.



Figura B. Foi o pior momento da minha vida, não poder pegar colo e cuidar.



Figura C. Representa a saúde da minha filha e poder ir para casa/alta.



Figura D. A equipe me deu todo suporte, cuidaram muito bem da minha filha, e quando eu precisei e não estava bem, elas me ajudaram.



Figura E. A felicidade de ser mãe e estar com a minha filha.

APÊNDICE C – Dados das Atividades de BEATRIZ

Completamento de Frases

1. **Gosto** estar com os meus filhos.
2. **Gostaria de saber** mais sobre a prematuridade.
3. **Lamento** não ter conseguido esperar mais para ter eles.
4. **Meu maior medo** não ser uma boa mãe.
5. **Na unidade neonatal** estou segura.
6. **Não posso** desistir.
7. **Sofro muito** ao ver que não consegui segurar mais a gestação.
8. **Meu futuro** que meus sonhos possam se realizar.
9. **Estou melhor** ao estar com a minha família.
10. **Algumas vezes** choro em não conseguir resolver (os problemas).
11. **Minha preocupação principal** filhos.
12. **Desejo** que tudo possa dar certo.
13. **Ser mãe de um bebê prematuro** é a maior sensação.
14. **Eu** gosto de mim.
15. **Meu maior problema** não saber demonstrar minhas emoções.
16. **O trabalho** é uma aventura.
17. **Amo** estar com meu marido e filhos.
18. **Eu prefiro** passear com todos.
19. **Acredito que as minhas melhores atitudes são** estar desenvolvendo com eles.
20. **A felicidade** família.
21. **Esforço-me por** estar sempre fazendo eles bem.
22. **A Gravidez** feliz.
23. **Para mim é difícil** esperar.
24. **Meu maior desejo** eles estejam bem.
25. **Meu maior prazer** fazer eles sorrirem.
26. **Minha família** tudo.
27. **Meus estudos** mãe.
28. **Minha vida futura** não depender tanto do meu cônjuge.
29. **Com frequência penso sobre** inúmeras vezes.
30. **Dedico maior tempo a** casa, eles.
31. **Sempre que posso** tiro um tempo para mim.
32. **Luto** por nós.
33. **Com frequência sinto** felicidade.
34. **Meu filho** tudo, meu mundo.
35. **Penso que os outros** não podem fazer muito.
36. **O lar** paz.
37. **Ao deitar** o que fiz poder ter sido melhor.
38. **Os homens** são iguais, cabe a parceira ser seu braço direito.
39. **Uma mãe 10,** eu quero ser.
40. **O parto** calmo.
41. **Quando tenho dúvidas** falo com Deus.
42. **Odeio** que ofenda quem eu amo.
43. **Quando estou só** não consigo, acho que me acostumei estar com eles.
44. **Os meus amigos** são poucos, então é mais marido e mãe.
45. **O hospital** informação e melhoras.
46. **A psicologia** tudo o que não posso dizer para outro. Confidencia.

47. O programa de atendimento aos prematuros gostei, me fez entender melhor.

Atividade com figuras: escolha 05 figuras que representam sua trajetória de mãe de prematuro



Figura F. Representou a dificuldade de levar a gestação



Figura G. Felicidade de ver a melhora.



Figura H. Sensação que deu tudo certo.



Figura I. Preocupação, de deixar os outros sobrecarregados em casa.



Figura J. Tinha muita preocupação se ele ia sair da UTI.

APÊNDICE D – Dados das Atividades de DUDA

Completamento de frases

1. **Gosto** maquiagem.
2. **Gostaria de saber** que dia vou embora.
3. **Lamento** por não ter ido no velório do meu avô.
4. **Meu maior medo** perder minha filha.
5. **Na unidade neonatal** muito boa em cuidar das crianças.
6. **Não posso** ficar longe de minha filha.
7. **Sofro muito** quando brigo com o pai dela.
8. **Meu futuro** cuidar dela, estudar e trabalhar.
9. **Estou melhor** quando sei que está tudo na mão de Deus.
10. **Algumas vezes** quero sumir.
11. **Minha preocupação principal** a saúde da minha filha.
12. **Desejo** que tudo dê certo.
13. **Ser mãe de um bebê prematuro** é difícil, mas, vitorioso.
14. **Eu** ciumenta, estressada e desconfiada.
15. **Meu maior problema** meu relacionamento.
16. **O trabalho** operador de caixa.
17. **Amo** minha família.
18. **Eu prefiro** ficar só do que mal acompanhada.
19. **Acredito que as minhas melhores atitudes são** ajudar pessoas sem condições.
20. **A felicidade** é a saúde e estar perto das pessoas que amo.
21. **Esforço-me por** estudar e ter uma profissão.
22. **A Gravidez** foi difícil, mas é o momento mais feliz de uma mulher.
23. **Para mim é difícil** esperar as coisas.
24. **Meu maior desejo** criar minha filha com o pai dela.
25. **Meu maior prazer** cuidar da minha filha.
26. **Minha família** é tudo doído, mas eu amo.
27. **Meus estudos** estou terminando o ano que vem.
28. **Minha vida futura** em Paranaíba.
29. **Com frequência penso sobre** e se der tudo errado.
30. **Dedico maior tempo a** minha filha.
31. **Sempre que posso** passo maquiagem e escovo o cabelo.
32. **Luto** sair daqui de Campo Grande.
33. **Com frequência sinto** raiva.
34. **Minha filha** tem um sorriso que faz eu lutar por ela.
35. **Penso que os outros** não são verdadeiros e que mentem.
36. **O lar** me faz bem, na casa da minha mãe.
37. **Ao deitar** fico pensando no dia da alta.
38. **Os homens** mentem.
39. **Uma mãe** minha mãe.
40. **O parto** é lindo.
41. **Quando tenho dúvidas** pergunto.
42. **Odeio** quando estou em um momento difícil pedirem calma.
43. **Quando estou só** fico pensando no passado.
44. **Os meus amigos** não tenho amigos, só conhecidos.
45. **O hospital** muito bom, não tenho o que reclamar.
46. **A psicologia** ajuda para distrair.

47. O programa de atendimento aos prematuros o melhor da região que eu conheço.

Atividade com figuras: escolha 05 figuras que representam sua trajetória de mãe de prematuro



Figura K. Foi um susto quando eu descobri a gravidez, não esperava.



Figura L. Tive muitas dores desde o início.



Figura M. Choro de sofrimento, devido aos problemas com o namorado e pelo medo da gravidez não dar certo.



Figura N. Foi lindo e marcante quando eu peguei ela a primeira vez, estava muito feliz.



Figura O. Representa a primeira mamada. Fiquei com medo, mas foi só no primeiro momento. Hoje dou uma vez por dia, mas é porque só isso está liberado, se dependesse de mim, dava mais.