



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá

Brasil

Sobottka Rolim de Moura, Solange Maria; Araújo, Maria de Fátima
Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Mãe Canguru

Psicologia em Estudo, vol. 10, núm. 1, abril, 2005, pp. 37-46

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122081006>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

 redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE A MATERNIDADE: UMA EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA MÃE CANGURU

Solange Maria Sobottka Rolim de Moura*
Maria de Fátima Araújo#

RESUMO. Este artigo analisa, sob a perspectiva da relação entre a família e instituições de saúde, os sentidos produzidos sobre a maternidade em um programa de saúde neonatal desenvolvido na rede pública – o Programa Mãe Canguru. A partir de entrevistas e observações feitas com usuárias durante sua participação no programa, buscamos apreender como as práticas discursivas e não discursivas sobre maternidade e maternagem, difundidas nesse processo, se articulam com as experiências concretas dessas mulheres para produzir novas configurações subjetivas. Na interpretação dos dados, realizada através de análise do discurso, os aspectos mais significativos das falas das entrevistadas foram agrupados em quatro núcleos de sentido: família e religião; o impacto do nascimento prematuro; desconfiança e resistência nas relações com instituições e profissionais de saúde; e a experiência com o Programa Mãe Canguru. Ao final, procurou-se identificar as principais estratégias e formas de singularização utilizadas por essas mulheres ao atribuírem sentidos ao papel materno.

Palavras-chave: maternidade, práticas de saúde, Programa Mãe Canguru.

SENSES PRODUCTION UPON MOTHERHOOD: AN EXPERIENCE AT THE KANGAROO MOTHER PROGRAM

ABSTRACT. This article analyses, under the perspective of the relationship between the family and health institutions, the senses produced upon motherhood on a neonatal health program developed at the public system – The Kangaroo Mother Program. As from interviews and observations made with users during their involvement on the program, we tried to perceive how discursive and non discursive practices about motherhood and maternal care, spreaded on this process, become linked with the factual experiences of this women in order to produce new subjective configurations. On data interpretation, realized through speech analysis, the most significant aspects of interviewees talks were gathered in four senses nucleus: family and religion; the impact of a premature birth; distrust and resistance on relations with institutions and health professionals; and the experience with the Kangaroo Mother Program. At the end, we attempted to identify the main strategies and singularization forms used by these women in attributing senses at the maternal part.

Key words: motherhood, health practices, Kangaroo Mother Program

Neste artigo apresentamos as principais idéias desenvolvidas e os resultados obtidos na pesquisa empírica (Moura, 2003) que realizamos com o objetivo de investigar os sentidos produzidos sobre a maternidade e as práticas de maternagem em um programa de saúde neonatal desenvolvido na rede pública – o Programa Mãe Canguru. Finalizado em 2003, este trabalho originou-se de uma experiência prática no atendimento como psicóloga em hospitais da rede pública e na supervisão clínica de alunos de um curso de Psicologia. Estas atividades demandaram

uma série de reflexões sobre a organização de alguns programas de saúde no país, em particular aqueles que têm seu foco na atenção materno-infantil. Acreditamos que na implementação destes programas articulam-se discursos e práticas, presentes tanto no âmbito da família quanto das instituições de saúde, que vão produzir sentidos para o papel materno.

A aproximação família/instituições de saúde tem origem histórica e remonta, no Ocidente, à organização dos Estados modernos e ao advento do capitalismo como modo de produção. Nesse período,

* Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista–UNESP – Campus de Assis, docente da Universidade do Oeste Paulista.

Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo, docente da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Assis

a saúde dos indivíduos tornou-se foco de interesse político nas principais nações europeias, e cuidar da saúde da população passou a ser função do Estado. Para o cumprimento desta tarefa, um incipiente Estado moderno articulou-se à ciência médica, numa importante aliança que atuou na promoção de condições mais favoráveis de habitação, saneamento urbano e controle de epidemias. A medicina transformou-se a partir desta aliança e sua função sanitária se desenvolveu. De acordo com Foucault (1998), a prática médica deixou progressivamente de ser o exercício individualizado de ações curativas para adquirir uma função social.

A aliança entre Estado e instituições médicas promoveu uma indiscutível melhora nas condições de saúde da população (Rosen, 1994); por outro lado, contribuiu para a disseminação de uma nova forma de exercício de poder, que privilegiava a disciplina no gerenciamento tanto das populações quanto de cada indivíduo. Novas tecnologias políticas investiram sobre o corpo, a saúde, as formas de viver e sentir, abrangendo todo o espaço da existência humana. O papel reservado a algumas instituições sociais se alterou e novas formas de cuidado com as pessoas foram pensadas, uma vez que o valor dado à vida humana se modificou (Foucault, 1995).

A vida familiar revestiu-se de grande importância, tornando-se foco de uma atenção cada vez maior por parte do Estado e do conjunto da sociedade. A infância delineou-se como um novo valor, o que determinou maior investimento social na criança, especialmente nos cuidados com sua educação e saúde (Ariés, 1981; Donzelot, 1986). Paralelamente, o valor conferido ao papel materno se modificou e o lugar da mulher, na família e na sociedade, foi aos poucos atrelado ao cumprimento de suas funções de mãe. Assim, no advento da família moderna, a figura materna adquiriu maior importância na medida em que a mãe assumia pessoalmente o cuidado com os filhos e a transmissão de normas higiênicas para todo o grupo. As relações afetivas na família passaram a ser vistas como essenciais para o desenvolvimento da criança e o amor materno ganhou destaque, naturalizando-se sua existência. Por outro lado, sua ausência se transformou em motivo de preocupação para a sociedade, demandando cuidados especiais (Badinter, 1985; Costa, 1987; Moura & Araújo, 2004).

Paulatinamente, o cuidado com os indivíduos e com a população tornou-se objeto da atenção de um leque cada vez maior de especialistas: além do médico, pedagogos, psicólogos e outros profissionais passaram a estabelecer as diretrizes para uma vida “normal”. Pouco a pouco, o modo de vida nas sociedades modernas

centrava-se em valores individualizantes, afastando as pessoas de experiências afetivas construídas a partir da vida coletiva e restringindo estas mesmas experiências ao contexto familiar. A própria família, por sua vez, foi aos poucos se reduzindo ao núcleo pai-mãe-filhos e se isolando de antigas redes de aliança e parentesco. Como consequência desse isolamento, a família tornou-se cada vez mais dependente da palavra dos especialistas, que passaram, assim, a definir tanto as necessidades quanto as formas de satisfação consideradas “adequadas” e “saudáveis” para todos e cada um.

Esta tendência de aproximação entre a família e as instituições de saúde, disseminada nas sociedades ocidentais europeias já a partir do final do século XVII, também envolveu o Brasil, porém com algum atraso. Neste país esse movimento acentuou-se somente a partir de meados do século XIX mas, assim como na Europa, mostrou-se fundamental para a modernização da sociedade e de diversas de suas instituições, entre as quais a família. As condições sociopolíticas e econômicas do Brasil certamente imprimiram ao movimento características particulares, mas não diminuíram a importância da aproximação Estado/medicina/família nesse processo¹.

Especialmente a partir de meados do século XX, o Estado brasileiro tem organizado uma série de propostas e programas de modo a enfocar a família em suas ações. Muitas vezes, porém, estas propostas são idealizadas por gestores desconectados das características e necessidades da população a que procuram atender, além de privilegiarem soluções economicamente mais vantajosas para problemas complexos (Luz, 2000). Além disso, tais programas tomam como homogêneos práticas, experiências e valores que podem ser muito diversos em nossa sociedade, especialmente com relação à instituição familiar.

Compreender como esta articulação família/instituições de saúde se presentifica no contexto atual da sociedade brasileira foi o que nos motivou a eleger como campo de pesquisa uma proposta do Ministério da Saúde do Brasil para atenção neonatal – o Programa Mãe Canguru (Brasil, 2000).

O PROGRAMA MÃE CANGURU

O Programa Mãe Canguru, Método Canguru ou Programa Canguru, integra um conjunto de medidas políticas de humanização do atendimento neonatal e

¹ A respeito das modificações observadas na sociedade brasileira a partir do século XIX e durante o século XX, envolvendo a família, ver Costa (1987) e Araújo (1993).

tem sido adotado em diversos hospitais públicos ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Sua especificidade recai sobre um elemento essencial na organização da família moderna: a relação mãe-filho.

Esta forma de intervenção prevê a presença no hospital de um adulto, geralmente a própria mãe da criança, que deve acompanhar o bebê nascido prematuro e/ou de baixo peso durante sua internação, para fornecer-lhe calor pelo contato pele a pele. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), este procedimento denomina-se “posição canguru” e consiste em “manter o recém-nascido de baixo peso ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto”.

Segundo suas normativas oficiais, a aplicação do Método Canguru se divide em 03 etapas, durante as quais o exercício da “posição canguru” pode ocorrer: (1) no período logo após o nascimento de um recém-nascido de baixo peso que, impossibilitado de ir para alojamento conjunto, necessita de internação em unidade neonatal; (2) quando o recém-nascido encontra-se estabilizado e pode ficar acompanhado da mãe; e (3) no período de atendimento ambulatorial. Durante todas estas etapas a mãe e o bebê devem ser acompanhados por uma equipe multiprofissional, que inclui a presença de médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista e assistente social.

A participação da mãe no programa, embora não seja claramente exigida na proposta do Ministério da Saúde (que sugere apenas a presença de “um adulto” para executar a “posição canguru”), na prática é valorizada como uma forma privilegiada de cuidado. Entende-se que a proximidade da mãe favoreça a recuperação da criança, estimule o aleitamento materno e também o vínculo da mãe com o bebê. Além disso, o Método Canguru pode substituir – parcial ou totalmente – o uso de incubadoras como forma de manter a temperatura corporal do recém-nascido de baixo peso.

A implementação desta técnica encontra inúmeras justificativas. Estudos desenvolvidos na área médica (Charpak, Calume & Hamel, 1999; Carvalho & Prochnik, 2001) comprovam o melhor desenvolvimento do bebê quando ele participa do Programa Canguru. Além disso, seu emprego possibilita uma importante economia de recursos públicos. Nesses estudos, porém, pouca atenção é dada a um elemento essencial à efetivação desta proposta: a pessoa que vai exercer a função materna durante a realização do programa, em geral a própria mãe da criança. Sua participação envolve um amplo

conjunto de interesses e possibilidades pessoais e sociais, implicadas na postura que cada mulher assume diante dessa forma de cuidado.

As normativas que oficializam o Método Canguru (Brasil, 2000) em alguns momentos são pouco claras a respeito da pessoa que deve exercer a maternagem durante sua aplicação, o que permite às instituições que o adotam adaptá-lo à realidade local de cada unidade prestadora deste serviço. Entretanto, esta flexibilidade das normativas, um de seus aspectos positivos, termina por conferir-lhes um caráter inespecífico, aberto a muitas interpretações, que vão reverberar nas formas, também múltiplas, que essa proposta assume nas várias instituições que a empregam. Por outro lado, as mesmas normativas que ora se apresentam flexíveis, em outros momentos tomam as concepções de maternidade e das práticas de maternagem como homogêneas por todo o campo social, ignorando sua produção histórica e material. Assim, utilizam como referência um modelo de família bastante comum, mas não unívoco, ancorado na organização pai-mãe-filhos e na valorização do amor materno. Este modelo, quando generalizado a todos os usuários do programa, promove a naturalização de práticas que são sociais.

Uma proposta de cuidado com a saúde, entretanto, não encontra sustentação apenas no discurso promulgado pelas autoridades (médicas ou políticas) que a patrocinam. Para realmente ganhar consistência no campo social, cada nova proposta precisa organizar-se através de um conjunto de práticas, dotadas de penetração tanto junto aos seus usuários quanto aos profissionais que as aplicam, articulando-se às configurações subjetivas de cada um. Neste processo, novas práticas incidirão sobre antigas configurações, produzindo novos sentidos.

Entendemos que qualquer forma de ação implica sempre uma produção de sentidos por parte de quem a executa. No caso específico da participação de profissionais e usuários no Programa Canguru, acreditamos que essa produção incide sobre o papel materno, conferindo-lhe características e atribuições. Assim, sentidos sobre a maternidade e a maternagem circulam durante a realização do programa, de uma maneira que pode ou não se coadunar com a proposta inicial inscrita em suas normativas e que não depende do sucesso ou do fracasso de seus objetivos. Tanto do ponto de vista da equipe de saúde quanto do usuário, essa prática implica na construção de uma forma de pensar, sentir e agir cujo teor e direção nem sempre coincidem com o que o programa se propõe favorecer: a recuperação do bebê, o vínculo mãe-filho e a humanização das práticas de atenção neonatal.

A PESQUISA: ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Na pesquisa empírica realizada buscamos apreender os sentidos produzidos sobre o conceito de maternidade e a experiência de maternagem por usuárias do Programa Canguru, através da análise das práticas discursivas e não discursivas presentes durante sua participação no programa.

Entrevistamos oito mulheres durante sua participação na etapa do Programa Canguru realizada no interior do hospital, quando o acompanhante do bebê deve disponibilizar-se para a posição canguru. Todas elas eram mães dos bebês atendidos, embora esta não fosse uma característica exigida para sua inclusão no processo.

Como a condição de internação hospitalar delimitava o contato entre os sujeitos e a pesquisadora, interferindo na duração e no contexto dos encontros, utilizamos um roteiro semi-estruturado de entrevista, de forma a garantir que algumas informações essenciais fossem obtidas. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas.

Focalizamos o momento em que o usuário (no caso a mãe) deveria ser orientado sobre a finalidade desse método e sensibilizado quanto a sua importância, além de exercitá-lo com a “posição canguru”. Nesta fase a participação dos profissionais de saúde é fundamental, uma vez que as noções assimiladas pelo usuário nessa oportunidade provavelmente serão as mesmas que ele empregará na etapa posterior do programa, desenvolvida fora do ambiente institucional. Foi exatamente por este motivo que elegemos este momento para a realização de nossa investigação.

Além das entrevistas, tomamos como material de análise observações realizadas na própria instituição onde o programa estava sendo aplicado. Nestas observações procuramos nos ater às práticas relacionadas à efetivação do programa, para assim descrever o contexto imediato de produção dos discursos analisados: qual o ambiente onde as mulheres permaneciam durante a participação no programa, quais rotinas estavam incluídas, quais os recursos humanos e materiais disponibilizados.

Desenvolvemos esta pesquisa em um hospital público estadual, localizado no interior do Estado de São Paulo, numa cidade de porte médio (200.000 habitantes). Tal instituição era referência regional para o atendimento materno-infantil. Por situar-se numa região administrativa de grande proporção territorial, entre as mais pobres do Estado, o hospital recebia pacientes oriundos de localidades distantes, algumas afastadas até 250 km. A maioria das pessoas que

recorriam a este serviço era originária de camadas populares, embora o atendimento fosse disponibilizado para toda a população. O Programa Canguru era ali desenvolvido havia oito anos, apesar de ter sido regulamentado pelo Ministério da Saúde há menos tempo.

O material proveniente das entrevistas e observações foi analisado tendo em conta a noção foucaultiana de subjetividade, exposta principalmente em seus últimos trabalhos (Foucault, 1995, 1996, 1998, 1999), e as contribuições de Felix Guattari (Guattari & Rolnik, 1986) sobre o mesmo tema. Articulamos às considerações destes autores alguns procedimentos analíticos da Análise do Discurso francesa (cf. Brandão, 1995; Orlandi, 2002; Pêcheux, 1988), utilizados como importantes recursos para a interpretação dos sentidos produzidos pela fala das entrevistadas.

Neste trabalho reconhecemos as formações discursivas como um dos determinantes da constituição subjetiva. Dessa maneira, assumimos a importância da linguagem nestas configurações. Ao mesmo tempo, tomamos também em consideração outras formas de mediação concreta desse processo, as quais correspondem às condições materiais de vida dos indivíduos. Acreditamos que estas condições materiais – as práticas não discursivas, nas palavras de Foucault (1996; 2000), ou as formas de agenciamento a-significantes, nas palavras de Guattari (Guattari & Rolnik, 1986) – contribuem tanto quanto os elementos discursivos para a produção de sentidos sobre a experiência vivida. Assim, quando em nossa pesquisa atentamos para um determinado processo de produção de sentidos, buscamos também os indicativos da maneira como, neste posicionamento único, instauravam-se processos singulares de significação, conduzindo a uma forma particular de subjetivação da experiência vivida pelos sujeitos.

A partir deste delineamento teórico, apreendemos das entrevistas e observações quatro dimensões de análise, constituídas por núcleos de sentido presentes na fala de todas as entrevistadas, as quais correspondiam aos elementos determinantes da maneira como, para este grupo de mulheres, a concepção de maternidade e a experiência de maternagem encontravam significados. Estas dimensões foram: (1) *a família e a religião*, elementos implicados nas experiências anteriores e atuais dessas mulheres com a própria maternidade, ou com os cuidados maternos de outras crianças, mas que também influíam na forma como administravam situações críticas, como um problema de saúde; (2) *o impacto diante do nascimento prematuro*, que

distinguia a relação da mãe com o bebê participante do Programa Canguru, tanto para mulheres que já tinham outros filhos quanto para aquelas que se tornavam mães pela primeira vez naquela ocasião; (3) *as relações com instituições e profissionais de saúde*, cujas características desenvolveram-se durante o contato das mulheres com as equipes que as acompanharam e aos seus bebês na instituição onde se desenvolveu a pesquisa (antes e durante a participação no Programa Canguru), e em seus municípios de origem (nas consultas do pré-natal e no período pós-parto); (4) *a experiência com o Programa Canguru*, com as práticas discursivas e não discursivas a ele relacionadas.

A PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE A MATERNIDADE

Descreveremos a seguir a maneira como as usuárias do Programa Canguru que entrevistamos articulavam sentidos para a maternidade, tomando como referência os núcleos de sentido identificados em seus discursos.

Família e religião: elementos centrais para atribuir sentidos à maternidade

Para todas as entrevistadas, a maternidade era muito valorizada e mostrava-se essencial na constituição da identidade social da mulher, sendo o cuidado dos filhos e da casa suas atribuições específicas. A mulher-mãe devia responder também pelo amparo afetivo da família, recorrendo para isso à religiosidade, calcada em princípios cristãos.

As entrevistadas expressavam, ainda, uma compreensão do papel materno construído essencialmente a partir do cuidado concreto com a criança. Este cuidado, porém, não podia prescindir da afetividade. Para elas era justamente o vínculo afetivo que distinguia o cuidado materno daquele que qualquer outra pessoa poderia oferecer. Este vínculo, contudo, era definido como parte de um “papel de mãe”, inserindo-se num conjunto de obrigações socialmente determinadas.

A organização familiar apreendida nas entrevistas se mostrou fortemente marcada pela divisão de papéis entre os sexos e pela valorização do homem. A atribuição masculina fundamental era o provimento da família através do trabalho, embora nem sempre seus ganhos atendessem às necessidades básicas do grupo. Nestes casos, era comum o recurso aos programas governamentais de complemento à renda.

A presença do Estado na vida cotidiana destas famílias era freqüente. Essa presença, contudo, nem sempre se revelava eficiente, uma vez que o acesso a muitos programas públicos era descrito como irregular. Tal acesso era mediado pela mulher, que buscava auxílio nas Unidades Básicas de Saúde e órgãos de assistência das prefeituras.

Assim, além de executar as tarefas domésticas cotidianas, as entrevistadas desempenhavam outro importante papel no cuidado material de suas famílias: sem exercer atividade profissional remunerada, todas contribuíam para a subsistência do grupo familiar na medida em que viabilizavam seu acesso aos recursos dos programas públicos de assistência. Esta ação aparecia, nos relatos, estreitamente ligada à maternidade, de modo que essa condição instaurava, simultaneamente, um lugar e uma identidade social prenhe de sentidos para a mulher. Tais sentidos não se restringiam à maternagem imediata e concreta das crianças, mas envolviam também uma participação no sustento emocional e material, embora não financeiro, da família.

Além do recurso aos programas do Estado, a solidariedade era outra importante estratégia utilizada por estas mulheres para garantir a subsistência cotidiana da família. A solidariedade da família ampla, de amigos e até de pessoas estranhas permitia às entrevistadas organizarem-se para cuidar do bebê prematuro, viabilizando sua participação no Programa Canguru. Esta atitude solidária era responsável pela doação de roupas para o bebê, pela substituição da mulher nas tarefas domésticas e pelo cuidado com os outros filhos na ausência da mãe.

O impacto do nascimento prematuro e a ruptura na construção do papel materno

O nascimento prematuro de um filho foi descrito pelas entrevistadas como causador de forte impacto, capaz de gerar tanto surpresa quanto sofrimento. A surpresa relacionava-se à antecipação da experiência materna, mas também à especificidade dos cuidados exigidos pela criança, diferentes daqueles empregados na maternagem de outros bebês nascidos a termo. O sofrimento em geral relacionava-se aos cuidados específicos demandados pela frágil condição clínica do bebê ao nascer. Tais cuidados eram percebidos como invasivos, agressivos e dolorosos. O sofrimento era também relacionado à separação imposta entre a mãe e a criança. A necessidade, às vezes prolongada, de internação do filho promovia uma ruptura no processo de organização do papel materno, trazendo para a mulher angústia, tristeza e dúvidas quanto a sua capacidade de ser mãe.

Diversas estratégias foram identificadas no discurso das entrevistadas, indicando um esforço destas mulheres para significar esta nova experiência de maternidade. Observamos principalmente o recurso à palavra do outro, em especial do profissional de saúde, ao qual era atribuído um saber sobre esta nova realidade. Este conhecimento, contudo, nem sempre era suficiente para referenciar a mulher no cuidado com a criança ou apoia-la emocionalmente diante do impacto que o parto prematuro produzia.

A religião passava então a ocupar um lugar central nesse processo. Na fala das mulheres, a “vontade de Deus”, seu poder e sabedoria eram referências constantes, traduzindo a importância desses valores no seu processo de produção de sentidos e demonstrando a dificuldade que elas encontravam para apoiar-se no saber médico. Este saber, divulgado através de palavras e condutas que muitas não compreendiam ou não aceitavam, permanecia mais distante delas que os mistérios da religião.

Além do recurso à palavra do outro (de Deus, do médico) em seus discursos, as entrevistadas recorriam também à descrição minuciosa das ocorrências que envolveram o parto e a internação da criança. Estas descrições eram muitas vezes contrapostas a longos silêncios, quando emergiam emoções relativas a tais ocorrências. Empregavam também nos relatos, e de maneira persistente, a forma diminutiva de alguns termos, expressando-se através de uma profusão de “inhos” e “inhas” – pequenininho, magrinho, fraquinho, sondinha, aparelhinho etc. Entendemos que estes recursos eram utilizados para minimizar o impacto emocional das experiências descritas e regular o contato das mulheres com a realidade vivida no hospital.

Através destas estratégias as mulheres ora se aproximavam, ora se afastavam de emoções conflitantes, como medo, culpa, compaixão, rejeição, amor, angústia. Todos esses sentimentos são passíveis de serem desencadeados pela maternidade, mas acentuavam-se diante da prematuridade do bebê. Os sentidos atribuídos ao papel materno modificavam-se à medida que o filho era identificado ao doente, ao diferente e anormal. O papel materno passava a incluir cuidados especiais, entre os quais as entrevistadas situavam o Programa Canguru.

As relações com instituições e profissionais de saúde: resistência e desconfiança

Lembramos que o Programa Canguru insere-se num amplo conjunto de intervenções referentes à assistência materno-infantil, que se iniciam ainda

durante a gestação. O nascimento de um prematuro, em geral, inaugurava uma itinerância da família (especialmente da mãe) por várias instituições de saúde e, dentro destas, pelos cuidados de diversos profissionais. Desse trânsito decorriam informações e procedimentos díspares, às vezes desencontrados, outras vezes conflitantes, que produziam confusão, insegurança, desorientação e desconfiança nas usuárias. A descrição das entrevistadas de suas relações com profissionais e instituições de saúde nos permitiu apreender a forma inconsistente e incoerente que a assistência prestada pode assumir, do ponto de vista do usuário, quando prestada de modo desarticulado.

A posição assumida pelas mulheres diante das orientações de médicos e enfermeiras por vezes apresentava uma alienação relativa à própria experiência e uma submissão às prescrições dos técnicos; no entanto, em diversas situações as atitudes das entrevistadas, mais que sua fala, permitiam entrever uma posição de resistência às práticas médicas. Esta resistência raramente manifestava-se através de um confronto direto, mas encontrava expressão de várias outras maneiras igualmente efetivas. Evidenciava-se quando as entrevistadas assumiam para si apenas parte do que era recomendado pelo discurso médico (ainda que o reproduzissem na fala), e quando recorriam à palavra de Deus, na qual pareciam encontrar uma referência mais segura para orientá-las que o saber médico. A resistência também era perceptível através da insistência de muitas mães em permanecer no hospital e assim controlar o cuidado oferecido à criança.

A experiência com o Programa Canguru

A participação no Programa Canguru era aguardada por todas as mulheres com ansiedade, como uma oportunidade de resgatar o contato com o filho e tornar concreta a própria maternidade. Para as entrevistadas a internação hospitalar, decorrente do nascimento prematuro, promovia uma ruptura nesse processo por impedir o contato direto entre mãe e criança. Participando do programa, muitas mulheres esperavam também aprender a lidar com o bebê prematuro, percebido como diferente dos demais. Para isso, buscavam apoio e orientação na equipe de saúde. Entretanto, a mediação da equipe médica nem sempre oferecia referências seguras para este cuidado.

Diante da inconsistência e incoerência experimentadas pelas entrevistadas nos contatos com as instituições e profissionais de saúde, decorria uma postura de desconfiança e resistência das mulheres diante das práticas veiculadas no Programa Canguru.

A etapa particular do programa que observamos desenvolvia-se imersa no conjunto de rotinas médicas que caracterizam as instituições hospitalares. Esta condição dificultava a distinção pelas mulheres entre as práticas que eram específicas do programa e outras formas de cuidado à saúde também desenvolvidas no hospital, ou vivenciadas em situações anteriores. Assim, o Programa Canguru tendia a ser associado a essas outras experiências, tornando-se também objeto de desconfiança.

De início a proposta do Programa Canguru era vivida com curiosidade, espanto e estranheza pelas entrevistadas. Elas procuravam atenuar esta estranheza relacionando-o a outras experiências de cuidado com crianças que conheciam. Assim, associavam, por exemplo, a “bolsa canguru”² ao uso do “bebê carona”³.

Tais experiências, entretanto, não guardavam qualquer proximidade com a função que, no Método Canguru, é atribuída ao contato pele a pele: favorecer a recuperação do bebê. Quando as entrevistadas faziam referência a esta função, em geral a valorizavam através da reprodução do discurso do profissional de saúde, indicando que poucas vezes elas assumiam essa assertiva como sua. A prática da posição canguru no hospital era geralmente descrita pelas mulheres como desconfortável, incômoda, expondo o corpo da mulher, tolhendo-lhe os movimentos e afastando-a de suas tarefas cotidianas e do convívio com a família. O desconforto dessa prática, contudo, não implicava que o programa deixasse de ser reconhecido por elas como importante, ou que não valorizassem sua participação nele. De fato, a prática era tolerada em função das vantagens que as mulheres obtinham através de sua participação.

A principal vantagem que elas apontaram foi o reencontro com a própria maternidade, cujo processo de organização tinha sofrido uma ruptura com o parto precoce. A maternidade podia finalmente ser concretizada pelos cuidados materiais com o bebê. Além disso, a prática de maternagem proposta pelo programa mostrava-se coerente com os atributos de

sacrifício que o papel materno apresenta na sociedade e que muitas mães incorporavam. Outra importante vantagem percebida pelas mulheres no programa relacionava-se ao fato de este exigir sua presença no hospital, permitindo que controlasse os cuidados oferecidos ao bebê pela equipe de saúde. A presença junto à criança tranqüilizava as mães por atender suas necessidades afetivas, além de atenuar a insegurança que elas demonstravam por deixar seus filhos aos cuidados exclusivos da equipe de saúde, uma vez que a desconfiança marcava estas relações. As entrevistadas relatavam seu receio de que o bebê não recebesse pronta assistência da equipe, caso a mãe não estivesse ao seu lado zelando especificamente por ele.

Desse modo, entendemos que as usuárias e a equipe de saúde valorizavam o programa por razões diversas. As entrevistadas acentuavam a importância do cuidado concreto com a criança possibilitado pelo programa, o que era visto como uma forma de desempenhar o papel materno e de construir uma relação afetiva com o filho. Destacavam também o conforto emocional que lhes trazia sua participação na rotina hospitalar, pois podiam assim controlar os cuidados oferecidos ao bebê. De forma distinta, médicos e enfermeiras valorizavam a melhor recuperação clínica da criança, que entendiam ser facilitada com a posição canguru. Afirmavam também a importância do vínculo mãe-bebê nesta recuperação, embora esta preocupação nem sempre repercutisse numa prática que realmente favorecesse o desenvolvimento deste vínculo.

DISCUSSÃO

Quando iniciamos este trabalho buscávamos apreender um processo específico de produção de sentidos sobre o papel materno, por entendermos que ali se articulavam práticas, discursivas e não discursivas, oriundas de uma relação historicamente construída entre a família e as instituições de saúde. Enfocamos, assim, uma condição em que este processo se vê mediado por um programa de saúde cuja implantação é recomendada por seu caráter “humanizante”. Interessava-nos compreender de que forma o conjunto de práticas (discursivas e não discursivas) referentes ao programa encontraria lugar na experiência concreta de suas usuárias. Além disso, estas mesmas práticas seriam, em nosso entender, instituíntes de novas configurações subjetivas, cujo processo de constituição desejávamos também investigar.

O Programa Canguru que observamos se realizava imerso num conjunto de condutas médicas

² A “bolsa canguru” ou “roupa canguru” é um artefato de pano, fornecido pelo hospital, que permite às usuárias manter o bebê preso junto ao peito durante a realização do Programa Canguru.

³ A expressão “bebê carona” foi utilizada por algumas mulheres quando se referiam à prática de transportar seus filhos presos junto ao peito, com estratégias variadas, durante as atividades cotidianas. Esta prática era exercida espontaneamente, ou seja, sem nenhuma relação com a função terapêutica que este ato adquire no Programa Canguru.

que não favoreciam o estabelecimento de uma relação íntima e calorosa entre a mãe e o bebê; na verdade apenas os expunham à rotina do hospital, onde pouco lugar havia para o usuário posicionar-se como um sujeito singular na administração da própria vida, de sua doença ou de seu processo de tratamento.

Por trás de um cotidiano hospitalar tumultuado, as práticas de saúde que presenciamos mantinham-se disciplinadas e disciplinadoras, tomando mãe e bebê indistintamente como objeto de cuidado. Essa postura adotada pela equipe era de especial importância, pois, embora mãe e bebê participem de um mesmo programa, a posição que cada um ocupa nesse processo não poderia ser a mesma. Enquanto o bebê permanece internado no hospital, vinculado à instituição como paciente e objeto central do cuidado da equipe, a mulher deve inserir-se no programa como acompanhante da criança. Esta postura é coerente com as normativas do Método Canguru, que o definem como uma forma de assistência neonatal – ou seja, dirigido ao recém-nascido, e não à mãe, embora a participação dela seja fundamental nessa proposta.

Nas observações que realizamos, não obstante, essa forma de cuidado exercia-se muitas vezes sem considerar que o envolvimento efetivo da mulher no programa exigia dela uma postura mais ativa e participativa, já que ela deveria compartilhar com a equipe grande parte dos cuidados com a criança. Essa postura certamente depende das características pessoais de cada mulher, mas pode ser, em maior ou menor grau, favorecida pelos profissionais de saúde. Quando isso acontece, o Programa Canguru pode se tornar, para a mulher, uma oportunidade de resgate e reafirmação do papel materno, visto que sua confiança em exercê-lo é abalada pelo parto prematuro.

Desde o início deste trabalho, quando contatamos a instituição para o desenvolvimento da pesquisa, a direção técnica do hospital insistia para que a pesquisadora não interferisse no programa, oferecendo orientações às parturientes. No decorrer do trabalho de campo percebemos que esta preocupação traduzia um receio, por parte da equipe, de que a interação da pesquisadora com as entrevistadas as tirasse do lugar passivo que ocupavam no hospital. Essa exigência implicava que não escutássemos verdadeiramente as mulheres, nem lhes oferecêssemos espaço para expressar seus sentimentos ou afirmar seu sofrimento psíquico, ou seja, implicava que não as tomássemos como sujeitos do processo que vivenciavam.

Esse sofrimento, contudo, “escapava” por todos os lados: uma das entrevistadas definiu o espaço onde o Programa Canguru se desenvolvia como “quarto do

choro”. Um choro que ninguém queria escutar, abafado pela televisão sempre ligada, ignorado pela abordagem restrita aos procedimentos técnicos do programa que alguns profissionais apresentavam, perdido no trânsito de tantas pessoas que circulavam pelo local, expressando sentimentos que não tinham lugar naquela instituição.

Desenvolvido desta forma, o Programa Canguru encontra problemas para cumprir até mesmo sua função básica de favorecer a recuperação da criança. Embora as mulheres valorizassem o programa, faziam-no por razões distintas daquelas veiculadas pela equipe, o que implicava numa adesão apenas relativa às suas normativas. Para as entrevistadas, a sua presença junto da criança era o principal fator que determinava a participação no programa, o que não implicava a aceitação do contato pele a pele ou o uso da “bolsa canguru”. Muitas afirmavam que era possível estar junto da criança e cuidar dela de forma satisfatória sem o emprego deste recurso. Esta maneira de interpretar sua participação no programa permitia que as mulheres fizessem inúmeras pequenas alterações nesta prática. Mesmo quando as usuárias afirmavam verbalmente as vantagens do programa, observamos que muitas não colocavam os bebês na “bolsa canguru”, mas os traziam no colo; outras se recusavam ao contato pele a pele, colocando o bebê vestido na bolsa; poucas usavam o canguru durante a noite.

Estas alterações produziam conflitos entre as mulheres e a equipe, que às vezes se expressavam de forma direta, em geral contrapondo usuárias e auxiliares de enfermagem. Na maioria das vezes, porém, os conflitos permaneciam dissimulados. Quando se referiam às auxiliares de enfermagem, muitas entrevistadas o faziam através de uma crítica à sua atitude “chata” ou “implicante”. Esta “implicância”, contudo, com freqüência relacionava-se à exigência das auxiliares de que as mães cumprissem o programa de acordo com suas normativas, o que de fato muitas mulheres não faziam.

Por outro lado, muitas enfermeiras e auxiliares com as quais eventualmente conversamos queixavam-se das mães que participavam do programa, enfatizando sua falta de compromisso. Para os profissionais de saúde, a atuação das mulheres tornava-se “uma decepção”, como nos afirmou um desses técnicos, já que o desempenho da maioria delas muitas vezes escapava da formatação prescrita nas normas do programa. Além de uma falta de compromisso com o programa, suas atitudes também eram associadas a um desinteresse pelo próprio filho. Assim, deixar de cumprir as normativas do programa

era percebido como uma falta, como o descumprimento de uma “obrigação de mãe”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora criticadas pela equipe responsável pelo programa, entendemos que as pequenas subversões inseridas pelas entrevistadas nessa forma instituída de maternagem constituíam um importante espaço de realização da maternidade possível a estas mulheres. Nestes momentos elas exerciam a função materna, procurando articular-lhe um sentido organizado a partir da própria experiência e não apenas a partir daquilo que recebiam como proposta de cuidado dos profissionais de saúde. Assumiam então para si uma “função de mãe”, intermediando para a criança a relação com o mundo.

Um sentido singular para o papel materno emergia nestas ocasiões e distinguia esse processo de uma modelização restrita e autoritária. A maternidade deixava de ser experimentada apenas como um sacrifício, ou de ser vivida como o foco exclusivo de interesse das mulheres. Por alguns instantes elas agiam em função do próprio desejo, articulando a maternagem a outros processos de configuração subjetiva. Deixavam de ser mães para tornarem-se esposas, amigas, filhas, colegas, mulheres enfim, arriscando-se às recriminações da equipe, de outras mulheres no hospital ou até de sua família.

O contato afetivo entre mãe e filho, um dos argumentos centrais dos gestores deste programa para justificar sua implantação, era valorizado na instituição apenas quando exercido de forma próxima ao idealizado. Esta maternagem ideal, contudo, não nos parecia fácil de desenvolver por qualquer mulher que experimentasse a maternidade mediada por tantos estímulos e práticas sobrepostas e conflitantes, ou associada a tantas preocupações concretas além do cuidado daquela criança específica. As mulheres, no entanto, não desvalorizavam essa oportunidade, exercendo a maternagem possível a elas dentro das condições psíquicas, emocionais e sociais de que dispunham. O contato afetivo era valorizado, ainda que não pudesse se enquadrar a uma forma “ideal”.

Acreditamos que o Programa Canguru pode representar um momento de referência para a mulher diante de um parto prematuro. Para assumir essa tarefa, porém, as equipes que o aplicam precisam desenvolver ações coesas e coerentes, pois essa prática não depende do desempenho individual de qualquer profissional, por mais bem-preparado e disponível que ele seja. Além disso, as instituições de saúde precisam organizar esta e outras práticas de forma a realmente

incluir os usuários nas decisões e propostas a eles dirigidas. Isso implica numa mudança de postura que não pode ser responsabilidade de um único programa, já que nenhuma ação pode existir desarticulada de todo um conjunto de práticas de saúde. Sem esta articulação, o Programa Canguru decepcionará técnicos e usuários, que vêem se perder mais uma oportunidade de renovação das estratégias de cuidado com a saúde no país.

Sem o suporte de um programa desenvolvido nestas condições, as usuárias do Método Canguru que entrevistamos mantinham suas concepções relativas à maternidade e às práticas de maternagem fortemente referenciadas por construções anteriores, que elas já traziam consigo. A religiosidade e os conceitos e práticas promulgados na família permaneciam como referências mais asseguradoras e confiáveis que aquelas veiculadas no hospital para significar o papel materno, mesmo diante do impacto causado pela prematuridade da criança. A maneira como as entrevistadas implicavam-se no cuidado de seus filhos pareceu-nos depender muito mais de sua disponibilidade pessoal e do amparo afetivo que encontravam na família que do apoio encontrado na equipe de saúde durante sua participação no programa.

REFERÊNCIAS

- Araújo, M. F. (1993) *Família igualitária ou democrática? As transformações atuais da família no Brasil*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Ariés, P. (1981) *História social da criança e da família*. (D. Flaksman, Trad.) Rio de Janeiro: LTC (Trabalho original publicado em 1973).
- Badinter, E. (1985) *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. (W. Dutra, Trad.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira (Trabalho original publicado em 1980).
- Brandão, H.H.N. (1995) *Introdução à Análise do Discurso*. Campinas: Editora da UNICAMP.
- Brasil (2000) Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 693, de 05 de junho. Implantação do Método Canguru/Recém-nascido de baixo peso. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, n. 129-E, seção I, p.15.
- Carvalho, M. R. & Prochnick, M. (2001) *Método Mãe-Canguru de atenção ao prematuro*. (Coleção BNDS Social, V. 1). Rio de Janeiro: BNDS.
- Charpak, N., Calume, Z.R. & Hamel, A. (1999) *O método mãe-canguru*. (Geisy M. S. Lima & M. J. G. Mello, Trad.) Rio de Janeiro: McGrawHill. (Trabalho original publicado em 1996).
- Costa, J. F. (1987) *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.

- Donzelot, J. (1986) *A Polícia das Famílias*. (M.T. da C. Albuquerque, Trad.) Rio de Janeiro: Graal (Trabalho original publicado em 1977).
- Foucault, M. (1995) O sujeito e o poder. Em H., Dreyfuss, P. M, Rabinow (Orgs.). *Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. (V.P. Carrero & A. C. Maia, Trad, pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária (Trabalho original publicado em 1984).
- Foucault, M. (1996) *A ordem do discurso*. (L.F. A Sampaio, Trad.) São Paulo: Loyola. (Trabalho original publicado em 1971).
- Foucault, M. (1998) *Microfísica do poder*. (Machado, R., Org.) Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1999) *História da sexualidade*. (V. 1). À vontade de saber. (M.T. da C Albuquerque & J. A G. Albuquerque, Trad.) Rio de Janeiro: Graal. (Trabalho original publicado em 1976).
- Foucault, M. (2000) *A Arqueologia do Saber*. (Luís Felipe B. Neves, Trad.) São Paulo: Forense Universitária (Trabalho original publicado em 1969).
- Guattari, F. & Rolnik, S. (1986) *Micropolítica. Cartografias do Desejo*. São Paulo: Vozes.
- Luz, M. (2000) Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2), 293-312.
- Moura, S. M. S. R. (2003) *Maternidade e Práticas de Saúde: o instituído e o possível*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual Paulista, São Paulo.
- Moura, S. M. S. R., Araújo, M. F. (2004) A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*. 24(1), 44 – 55.
- Orlandi, E. P. (2002) *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes.
- Pêcheux, M. (1988) *Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. (E. P. Orlandi, Trad.) Campinas: Editora da UNICAMP (Trabalho original publicado em 1975).
- Rosen, G. (1994) *Uma história da saúde pública*. (M. F. S. Moreira, J. R. A. Bonfin, Trad.) São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO (Trabalho original publicado em 1958).

Recebido em 03/09/2004
Aceito em 30/01/2005

Endereço para correspondência: Solange Maria Sobottka Rolim de Moura. Rua Julio Prestes, 1380, Centro, CEP 19015-210, Presidente Prudente-SP. Email: solrolim@hotmail.com