

Reinventando a maternidade no Programa Mãe Canguru: o encontro com as redes sociais e a singularidade da maternagem.

Reinventing the maternity in the Kangaroo Mother Method: the encounter with the social networks and the singularity of motherhood.

Jacqueline de Oliveira Moreira

Roberta Carvalho Romagnoli

Resumo:

Este texto aborda os resultados parciais de uma pesquisa qualitativa financiada pela FAPEMIG e pela PUC Minas, que tem como objetivo investigar os efeitos da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNPB-MC), na relação entre a mãe e seu bebê prematuro. A pesquisa de campo teve seus dados coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com usuárias e observação participante na Maternidade Municipal Aideé Conroy Espejo, em Betim. Analisamos neste campo de pesquisa, a partir das idéias de Michel Foucault, que o programa, em seu cotidiano, fundamenta-se em um modelo ideal de maternidade, que pode dificultar a relação mãe-bebê e da equipe com as mães, impondo uma única maneira de ser mãe, produzindo sentidos em torno da culpa e da incapacidade. As Redes Sociais e a invenção na singularidade são colocadas como resistência a essa submissão.

Palavras-chave: Maternidade; Método Mãe Canguru; Prematuridade; Redes Sociais; Subjetivação.

Abstract:

This text approaches the partial results of the qualitative research financed by FAPEMIG and PUC/MINAS and aim to investigate the effects of the Humanized Care of Low Weight Newborn - Kangaroo Care (AHRNPB-MC) in the relationship between the mother and her newborn baby. The field research had the data collected by semi structural interviews with the users and a participant observation in a public maternity of BETIM (Maternidade Municipal Aidée Conroy Espejo). We analyzed, in this research's field, based on Michel Foucault's ideas, that the method, in day-by-day, is based on a ideal model of maternity, that can cause difficulties with the mother -baby relationship and team - mother relationship, imposing only one way of being a mother, producing feelings of guilt and disability. The social networks and the invention of singularity are set down as resistance to this submission.

Key-words: Motherhood; Kangaroo Mother Method; Prematurity; Social Networks; Subjetivation.

Este trabalho apresenta considerações acerca da produção histórico-social de modelos ideais impostos à família, enfatizando os efeitos destes na prática do Método Canguru. Essas reflexões surgem a partir de uma pesquisa financiada pela FAPEMIG e pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa da PUC Minas, em vigência de fevereiro de 2007 a agosto de 2008, que teve como objetivo investigar os efeitos do método Canguru na relação entre mãe e bebê prematuro. Parece-nos importante salientar que o objetivo inicial da pesquisa não era analisar os lugares históricos atribuídos, sobretudo à mãe, mas sim a importância do Método Canguru na construção do vínculo da mãe com seu bebê. No entanto, essa problemática emergiu da relação de forças encontradas nessa prática, através dos dados coletados, de forma não linear e descontínua.

Na perspectiva original examinamos, por meio de uma linha de pesquisa qualitativa, a instauração do vínculo de uma mãe com seu bebê prematuro, a partir de sua vivência da prematuridade, de sua interação com a criança e da sua relação com o programa de saúde neonatal desenvolvido na rede pública – Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso-Método Canguru (AHRNPB-MC). A pesquisa de campo teve seus dados coletados através de entrevistas semi-estruturadas com usuárias e observação participante. O universo de pesquisa foi composto por oito mães de bebês prematuros cadastradas no Programa Canguru da Maternidade Aideé Conroy Espejo – Maternidade Municipal de Betim –, no segundo semestre de 2005. As mães entrevistadas tinham a seguinte caracterização: casadas, com estabilidade conjugal; mães de crianças que nasceram entre 30 e 32 semanas de idade gestacional, sem complicações clínicas e com peso médio de 01 (um) a 02 (dois) quilos. Cabe ressaltar que se trata de uma amostra típica da população-alvo, explicitada a partir das necessidades do pesquisador (LAVILLE; DIONE, 1999).

A escolha das informantes foi realizada de maneira aleatória. O critério principal foi o tempo de cadastro no programa, pois era fundamental o acesso a mães que estivessem aptas a falar sobre a experiência pela qual haviam passado. Essas entrevistas foram devidamente gravadas e transcritas, atendendo às normas do comitê de ética em pesquisa da PUC Minas, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A partir dessas entrevistas, buscamos conhecer não somente a AHRNPB-MC, mas, sobretudo, as práticas cotidianamente desenvolvidas nesse contexto, que tratam da relação mãe-bebê e da idéia de prematuridade, e se articulam com as experiências concretas dessas mulheres para produzir configurações subjetivas.

O bebê pré-termo nasce com a idade gestacional menor que 37 semanas e a imaturidade extrema aparece naqueles nascidos com menos de 28 semanas de gestação. Nos nascimentos prematuros, alguns bebês pré-termo

podem vir a nascer com algumas complicações ou alterações orgânicas, tais como baixo peso e necessidade de auxílio respiratório. Isto ocorre por terem nascido antes de estarem capacitados a realizar uma adaptação adequada do meio aquático para o meio aeróbico, além de apresentar questões fisiológicas decorrentes de sua idade gestacional. Essas alterações dependem de sua idade gestacional, de seu peso ao nascimento, de fatores iatrogênicos e do nível de sofisticação da terapêutica que lhes pode, ou não, ser oferecida. Nascem anualmente no mundo 20 milhões de crianças prematuras, sendo que um terço morre antes de completar um (01) ano (ANDREANI; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006). É preciso pontuar, ainda, que o nascimento prematuro apresenta-se como uma situação traumática também para a mãe, pois além do risco de perda, esta se vê diante de um bebê diferente do bebê idealizado por ela e pelo pai, frágil e muito pequeno; é difícil, inclusive, identificar em seu rosto traços que possibilitem a percepção da herança familiar.

O Método Canguru, criado em 1978 pelo Dr. Edgar Rey Sanabria e desenvolvido em 1979 pelo Instituto Materno Infantil de Bogotá, na Colômbia, constitui, na contemporaneidade, uma importante estratégia que busca promover um melhor desenvolvimento do bebê nascido prematuramente. Tal desenvolvimento, por sua vez, está intrinsecamente relacionado ao estabelecimento de um vínculo afetivo satisfatório entre mãe e filho por meio de um maior contato corporal entre a criança e sua mãe, ou algum responsável. Além disso, na AHRNBP-MC, como o método é chamado no Brasil, os cuidados individualizados e os cuidados ambientais pretendem promover medidas de proteção aos bebês, tais como o cuidado com a luminosidade, com o barulho, a atenção ao número de procedimentos, dentre outras. Parece-nos importante salientar que, em sua criação, na Colômbia, o método tinha como objetivo suprir a falta de recursos materiais e financeiros que impediam que os bebês ficassem integralmente nas incubadoras (COLAMEO; REA, 2006). Somente *a posteriori* é que se

constataram benefícios do método no desenvolvimento dos bebês. O método é uma técnica de assistência neonatal que consiste em manter o bebê ligeiramente vestido, na posição vertical, junto ao peito de um adulto, objetivando inúmeras vantagens, dentre elas a promoção do vínculo mãe-bebê (LAMY; GOMES; GIANINI; HENNIG, 2005).

O nome do método remete ao mamífero marsupial, o canguru, que, ao invés de placenta totalmente desenvolvida, possui um tipo de bolsa de gordura no ventre, em que o embrião é gestado e nutrido durante vários meses até que esteja completamente formado e possa se deslocar sozinho. Como os marsupiais, as mães, na posição pele-a-pele, têm os seus filhos envoltos em seu corpo, contidos através de faixas de sustentação e aproximação. Assim, essas mães de prematuros, que participam do Programa Mãe Canguru, oferecem para seus filhos uma possibilidade de vida fora das estufas. Vale lembrar que, no Brasil, a AHRNBP-MC não pretende substituir a incubadora (estufa), que, sem dúvida, serve de apoio propiciando a terapêutica necessária para o cuidado destes bebês, mas, sim, se configurar como uma alternativa frente à prematuridade.

O Método Canguru é realizado em três etapas e todas as condições necessárias para que a criança e a mãe possam realizar o método são garantidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Na primeira etapa, o bebê é internado na unidade intensiva e a mãe e a família recebem informações sobre as condições de saúde do bebê, os procedimentos hospitalares e a amamentação, e os cuidados que devem realizar, a fim de que tenham uma compreensão maior da prematuridade. Nessa fase, a estimulação dos pais no contato com seu filho é importante; sempre que possível, eles podem realizar o contato tátil, sendo este já um trabalho para a criação do vínculo entre os familiares e o prematuro. Na segunda etapa, no alojamento conjunto com outras mães, já com o ganho de peso e a estabilização do bebê, o acompanhamento da mãe pode ser contínuo e a posição canguru pode ser incentivada, sendo realizada pelo tempo que for prazeroso a

ambos. A decisão pela participação no método deve ser um consenso da mãe, da família e da equipe do hospital. A mãe aprende a identificar as possíveis alterações que podem ocorrer com a criança, como pausas respiratórias, mudança de coloração da pele, dentre outras. A terceira etapa termina com a alta hospitalar e, nesse processo, a mãe deve estar preparada, assim como os familiares, pois é indispensável o comprometimento na continuidade do método. O bebê deve pesar no mínimo 1.500g e ter capacidade de sucção exclusiva ao peito. O acompanhamento passa a ser ambulatorial, até a criança atingir 2.500g, quando então é encaminhada aos ambulatórios especializados da rede pública, cuja função é a realização de exames físicos para a verificação do desenvolvimento da criança, além de orientação e acompanhamento em possíveis consultas e tratamento especializados.

Parece necessário mencionar que a AHRNBP-MC constitui um caminho que visa fornecer mais recursos de vida para o bebê e maior contato com a mãe e deve implicar um número maior de pessoas na sua realização. No entanto, o método, apesar de não ser esta a proposta ministerial, muitas vezes fica restrito à técnica porque, por vezes, surge para resolver um problema econômico de falta de estufas. Alguns hospitais não escolhem o método como uma alternativa de maior investimento na saúde física e psíquica do bebê, mas para suprir a carência mencionada. Nesse contexto, a técnica aparece como a única saída para a miséria de recursos tecnológicos, embora as questões subjetivas sejam primordiais (COLAMEO; REA, 2006).

O programa Mãe Canguru se configura dentro da Política Nacional de Humanização, que se fundamenta em programas, em uma tentativa de não se ater à lógica tradicional e burocrática que impera no campo da saúde em nosso país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Tendo, na humanização, o pilar de sustentação das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), essa política possui um compromisso com a heterogeneidade que compõe esse universo, implicada em uma postura

ético-política que opera a favor da vida e sua circulação, em detrimento de formas hegemônicas que partem de uma concepção biologizante e mecanizada da saúde, que se ancora em modelos fixos e ideais. Sendo assim, a equipe de saúde deve tanto orientar a prática do referido método como lidar com o ato de cuidar na dimensão familiar, como foi exposto acima. Entretanto, vale lembrar que o papel dos familiares, na prática do Método Canguru, passa também por uma construção social em que cada papel é delineado por conceitos sociais vigentes na idealização dos sujeitos, como emergiu nas entrevistas realizadas. A prática do método é atravessada por contradições, como examinaremos a seguir a partir da perspectiva de Michel Foucault e das Redes Sociais. Neste artigo pretendemos trabalhar, para além das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde; de que maneira os ideais sociais sobre os papéis familiares atravessam a prática cotidiana do programa Mãe Canguru, no campo em que se realizou a pesquisa.

O ideal de maternidade e seus atravessamentos no programa Mãe Canguru

Os papéis familiares são construídos em um contexto histórico e social, portanto respondem a necessidades de uma determinada época. O lugar e a função de mãe e pai são concebidos a partir de uma lógica que responde a interesses da sociedade. Evidente que o programa Mãe Canguru fundamenta-se e atualiza ideais sociais sobre a maternidade. Mas, por vezes, a atualização desses ideais pode entrar em conflito com o principal objetivo do programa: estabelecer e sustentar o vínculo entre a mãe e seu bebê prematuro. A prática de colocar o bebê "amarrado" junto ao tórax da mãe, às vezes, exige que a mesma passe parte do dia com seu filho nessa posição, como foi exposto pelas entrevistadas. Essa exigência pode estar vinculada a um modelo ideal que entende a maternidade como devoção,

sacrifício e abnegação de si e, paradoxalmente, conflitar com o objetivo efetivo de enlaçar a mãe e seu bebê. Não podemos nos esquecer que a maternidade é uma função que pode ser exercida por diferentes pessoas em momentos distintos, embora a presença da mãe, sem dúvida, seja importante. Mas a prática do método Mãe Canguru parecer estar cristalizada na idéia da mãe com a única responsável pela vida do bebê: "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 forma privilegiada de cuidado" (MOURA; ARAÚJO, 2005). Parece-nos necessário ressaltar que a palavra "mãe" presente no Manual do Ministério da Saúde pode ser pensada como um lugar, uma função que tradicionalmente é vinculada à mãe-mulher. A reflexão nesse texto não segue na direção de criticar as orientações presentes no Manual do Ministério da saúde, mas representa uma tentativa de ampliar as possibilidades de contatos do bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Não podemos negar que alguém deva assumir a posição de organizador do excesso de estímulos que o bebê vive; nossa crítica, entretanto, é uma tentativa de que as equipes de saúde não culpabilizem as mães que não conseguem ocupar este lugar, porque, com certeza, outros podem exercer essa função.

Partindo do pressuposto de que esses lugares passam também por uma construção social em que cada papel é delineado por conceitos sociais vigentes, podemos pensar que a insistência no papel materno convoca um modelo idealizado de maternidade, que por vezes atravessa o método e impede a criação de outras formas de ser mãe. A participação e o envolvimento no Método Canguru englobam diversos interesses e possibilidades pessoais e sociais que remetem à posição que cada mulher dispõe frente a esta forma de cuidado (MOURA; ARAÚJO, 2005). Desta maneira, pensar o método enquanto uma política humanizadora implica também analisar os sentidos atribuídos, no cotidiano, ao papel materno.

Sendo este método uma assistência que possibilita a criação do vínculo mãe-bebê, ele é uma possibilidade de produção de novos sentidos frente à maternidade prematura. Lidando com o modelo de maternidade dominante construído socialmente, não só a mãe, mas também os agentes de saúde envolvidos no programa correm o risco de inviabilizar participações que escapem a essa referência, apesar de este não ser o objetivo das normas do Manual do Método Mãe Canguru; ao contrário, esse documento incentiva a criação do vínculo e a participação ativa da mãe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O objetivo do Ministério da Saúde é oferecer uma alternativa de vida para os bebês prematuros, sobretudo aqueles que nascem em regiões mais carentes. Assim, a participação da família no programa é decisiva e alvo do poder público. Nesse sentido, refletir sobre as concepções de maternidade subjacente aos atores do programa é importante para alcançar essa meta. Pois o programa, na prática de determinadas equipes, corre o risco de ser uma tecnologia que insiste em um tipo idealizado de mãe, com devoção absoluta e total sacrifício, e também que, apesar da proposta de humanização, pode perder de vista as subjetividades implicadas no processo e suas singularidades.

Observamos em nossa pesquisa de campo que esse modelo de maternidade é introjetado pelas próprias mães, que avaliam e julgam sua conduta a partir dele. Esse confronto da realidade com o ideal incrementa a dificuldade de lidar com os sentimentos de cansaço, não-aceitação e impotência que acompanham essa situação, como demonstra a fala desta mãe entrevistada: "M2: (...) E você vê seu filho numa situação dessa, é difícil. Depois que eu vim embora, aí veio aquela fase de angústia, de não poder dormir mais, de você tá cansada, sabe, você quer assim, agora o neném saiu, agora eu vou descansar, mentira, aí que o cansaço vem mesmo. Ah, mas depois eu fui acostumando com a idéia de ser mãe, tal, de cuidar de neném, mas eu tive um período de rejeição dela. Eu não queria ver ela, eu não queria acordar pra dar mamar ela, tanto é que na época quando

aconteceu isso, meu marido teve que trocar de lugar, ele teve que passar pro lugar sabe, pra quando fosse, ele acordasse de noite pra mamar ele pega e coloca ela perto de mim pra mim só tirar o peito e dar o mamar ela, porque eu não tinha vontade de levantar, entendeu.”

Parece importante enfatizar que a resposta dessa mãe fala de uma mudança de lugar físico entre ela e o marido para que o mesmo ficasse mais perto do berço, mas esta mudança pode ser entendida como uma metáfora de um pai que pode exercer a função materna.

Essas dificuldades aparecem na maior parte dos relatos das mães entrevistadas, inclusive de se ligar à criança, mesmo porque a possibilidade de perda é iminente pelo risco de morte neonatal. Embora esses sentimentos sejam esperados subjetivamente, percebemos que a equipe, os familiares e a própria mãe esperam uma vinculação imediata, como se isso fosse sinônimo de ser mãe. Essa cobrança denuncia, no nosso entendimento, uma naturalização da maternidade por meio da construção de uma identidade social aceita e, não raro, conduz à culpabilização dessas mães - no caso por elas mesmas, como foi exemplificado acima, quando fazem uma comparação com um modelo materno ideal. Vale lembrar que o modelo, da ordem do abstrato, jamais corresponde à realidade da ordem do concreto, de como os significados e as vivências vão construindo no cotidiano o “ser mãe” de cada uma das usuárias do Programa Mãe Canguru.

Presenciamos esse ideal dominante circulando nos espaços institucionais, familiares e subjetivos, de forma velada, mas nem por isso menos poderosa. A adesão aparece no discurso das próprias usuárias do programa, e, especificamente em uma delas, que, quando questionada acerca da importância dos familiares, considera somente a figura materna: “M7: Eu não concordo muito, muito não, porque o cuidado do neném é com a mãe, tem relação é com a mãe. Não é porque é outra pessoa da família, mas a criança quando nasce eles falam que ela conhece a mãe pelo cheiro.

Se coloca outro da família não vai ter o cheiro da mãe. Eu acho que não vai beneficiar não. Esse método aí tem que ser feito com a mãe.”

Por outro lado, o apego a esse modelo pode dificultar a relação das mães com os bebês e da equipe com as mães que, dessa forma, não lidam com o que têm à frente, mas com o “como-deveria-ser”. Nesse sentido, é preciso visualizar as condições de emergência desse modelo de maternidade, em uma tentativa de desconstruir o que está legitimado como verdadeiro e problematizar os efeitos de determinadas articulações discursivas.

Michel Foucault acredita que os processos de subjetivação se fazem de maneiras distintas, nas diferentes épocas e sociedades, produzindo modos de existência próprios (FOUCAULT, 1996). O indivíduo moderno, por exemplo, é constituído enquanto sujeito de saber e resultado das relações de poder, moldado pelas disciplinas. Essa forma de abordar o sujeito produz um olhar crítico sobre as formas de sujeição do homem, em diferentes campos institucionais e nas estratégias e discursos. Além disso, o filósofo fundamenta-se em uma leitura de poder que se constitui por relações, por processos que incidem sobre a subjetividade, não apenas reprimindo, mas, sobretudo, produzindo realidades calcadas nos discursos científicos. Dessa maneira, formas de subjetivação são produzidas amparadas no poder disciplinar, em que mecanismos de dominação interiorizados moldam um modo de existência passivo, alienado. E, assim, podemos nos perguntar: qual realidade está sendo produzida em torno da maternidade no Programa Mãe Canguru?

Devido ao poder hoje cada vez mais se exercer por redes, sobretudo em épocas de globalização, somos vigiados pelo saber dos especialistas, pelas normas, pelas idéias construídas pelas disciplinas às quais se concede o *status* de verdade. Esse processo estimula as pessoas a moldar e a fabricar suas vidas, sendo “controladas” por modelos científicos, sendo monitoradas por poderes cotidianos que se exercem anonimamente nas relações (FOUCAULT, 1999). Nessa perspectiva, o Programa Mãe Canguru também

constitui um entrelaçamento de relações entre seus participantes, tecidas em torno da maneira como os trabalhadores de saúde se posicionam e do como as mães atuam. Esse processo ocorre por conexões, bloqueios, desdobramentos, revelando jogos de forças não causais que se exercitam circunstancialmente “entre” as pessoas envolvidas, por meio das práticas exercidas e que, sem dúvida, produzem subjetividades. O dia-a-dia do programa se apóia em rituais, horários, procedimentos hospitalares, em que as mínimas regras são sustentadas por formações discursivas, dentre as quais o “como ser mãe”, que é também produto dessas articulações, dos saberes que as atravessam. O modelo ideal de mãe circula no cotidiano das pessoas, introjetado em cada um de nós, moldando subjetividades, docilizando os corpos. Essa relação de submissão e assujeitamento não ocorre somente quando o discurso científico se opõe à retirada da criança da estufa com o argumento do risco de infecção, mas também quando este programa impõe às mães uma única maneira de exercer a maternidade, calcada no modelo idealizado. Nessa insistência, sentidos vão sendo produzidos e sustentados em torno da culpa, da rejeição, da incapacidade, da decepção, submetendo e classificando atos e sensações, atrelando-os à prematuridade: “M8: (...) Aí eu só pensava, aí vinha na minha mente, eu me culpava porque eu não aceitei, entendeu. Eu tô pagando um preço, que eu não aceitei e agora eu não queria perder ele, e cada vez que eu interneei, cada vez pra segurar ele, eu pensava, é a minha rejeição, sabe.”

Em nosso percurso, é importante resgatar a dimensão histórica em torno da maternidade, para desvelar como nos constituímos como sujeitos em busca da verdade, muitas vezes amparada nos discursos científicos e em suas práticas, como vimos acima. A idéia de uma mãe dedicada, que ame incondicionalmente seu filho, surge com a modernidade. Elisabeth Badinter (1985) assinala que o sentimento de infância, assim como a reestruturação da concepção de maternidade, aparece nesse período histórico, principalmente no século XVII, uma vez que um dos imperativos da ascensão

burguesa dizia respeito à necessidade de sobrevivência das crianças, para que a propriedade privada se garantisse como um bem familiar passado de geração a geração. Nesse momento, surgem ainda novos discursos e produções científicas que auxiliam na transformação da idéia do que é ser mãe, dentre eles o nascimento de uma especialidade médica voltada para a infância e o surgimento da psicologia. É preciso frisar que, no cuidado com as crianças, é a mulher que deve desempenhar este “novo” papel, e ser “boa” mãe passa a ser um objetivo perseguido e indispensável para a formação de adultos saudáveis. A mãe “normalmente devotada” é capaz de abdicar de seus interesses e se voltar completamente às necessidades de seu filho, sendo, então, estas as características que marcam essa nova mulher que se configura.

Todavia, cada cultura se apropria dessa compreensão de acordo com suas possibilidades. Jurandir Freire Costa (1989), por sua vez, realiza uma análise do surgimento da vertente higienista no Brasil, enfatizando seus efeitos sociais e políticos, sobretudo na transformação do poder patriarcal, presente na colônia, para o poder do Estado. Com a ascensão do saber científico, principalmente na medicina, com grandes avanços e descobertas, passa-se a enfatizar a necessidade de melhores condições de vida e de higiene, focalizando a saúde física e mental da população. Nesse contexto, os higienistas vão valorizar a privacidade, a saúde doméstica e a interiorização dos indivíduos, defendendo, dentre suas premissas, a importância do papel da mulher como mãe responsável e a necessidade de a família se preocupar com os filhos, futuro da nação, que se tornam o centro do grupo, devendo ser criados com cuidado, afeto e saúde. Esse posicionamento se opõe à dinâmica familiar do Brasil Colônia, que, como em todas as sociedades tradicionais, tinha na família sua essência econômica, social e política, sem, contudo, se preocupar com a relação das mães com os filhos e tampouco com a afetividade decorrente dessa vinculação. Na maioria das vezes, nas famílias patriarcais, os filhos eram amamentados pelas amas de leite, em

geral escravas; quase não tinham contato com suas mães e era alto o índice de mortalidade infantil (FREYRE, 1966).

Atualmente, ao estudar a relação entre família e instituições de saúde no que se refere aos sentidos da maternidade, ainda se percebe a existência desse modelo ideal de maternidade e a grande ênfase na ação da mulher, disseminados na área de saúde (MOURA; ARAÚJO, 2005). Esse modelo contribui para a naturalização desse papel e atua como uma verdade que totaliza, homogeneiza o vínculo da mãe com o bebê. Nesse vínculo, a abnegação, a disponibilidade e a afetividade são uma constante, e esses traços passam a ser vistos como universais, eternos e a-históricos. Essa verdade, exercitada nas relações efetuadas a partir do método, quando não é correspondida corre o risco de culpabilizar a mãe por sua não participação ou pela sua participação não próxima do ideal de mãe, embora essa postura, no nosso entender, não seja incentivada diretamente pelo Manual do Método Canguru (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Evidenciamos esse atravessamento em nossa pesquisa, compartilhado pelas mães e pela equipe, como sugere a fala dessa entrevistada: "M1: A diferença que aqui você sabe, que aqui você vai tá assim; em termo de pessoa prá te auxiliar, você vai tá sozinha. Mas eu acho que se você prestou atenção, foi uma mãe boa durante o tempo que você ficou lá, os ensinamentos que eles deram e o que eles te explicaram, eu acho que em casa não ia ter problema. Como graças a Deus eu não tive problema."

A importância da mãe é tão valorizada e imprescindível, que, de certa maneira, o pai torna-se desvalorizado e, em alguns momentos, é excluído do processo. Essa postura impede que o pai exerça seu papel como um dos adultos responsáveis, e que possa interferir de forma positiva na situação, não somente quando a mãe não dá conta: "M1: Tanto eu como quanto o pai dela, no caso a gente cuidava dela... Ele também colocava ela. Ele ia pra lá e colocava ela no peito também, lá. Ele ia direto e ficava lá, nos dias que ele tava em casa e que podia ir. Ele ia ficava lá com a gente também. Eles ainda

custaram a liberar porque pai não pode né? Só mãe... Mas ele ia, a gente conseguiu uma autorização, ele ia e ficava lá. Nos dias que ele podia ficar em casa também. Nós dois conversamos, procuramos manter né, o que eles ensinaram lá pra gente. (...) Ficava no hospital durante o tempo que eu tava internada, ele ficava no hospital quase a noite inteira com ela. Que eles deram o acompanhamento pra gente, que a gente podia ficar com ela dia e noite se a gente quisesse. Durante o tempo que ela tava lá e quando eu tava internada ele que ficava. Então lá ele pegou nela. Ele pegou ela. Ele pegou antes.”

Aliás, constatamos em todas as entrevistas, sem exceção, que embora a ênfase seja na mãe, é inegável a importância da entrada e ajuda do pai depois do nascimento. Nessa ocasião, a mãe pode partilhar com o pai o trabalho e o cuidado. Todas as mães convocaram, em seus depoimentos, o papel do pai como aquele que pode exercer a função materna e pode dar suporte à mãe: “M2: Foi muito bom, a participação do pai dela me ajudou muito... sabe? Dentro da maternidade, meu marido não participou. Ele tava trabalhando, não participou. Foi somente eu. Depois, quando a gente veio embora, ele colocava F2 debaixo da blusa dele e ela dormia, assim olha, pertinho dele. Isso foi por muito tempo, tem pouco tempo que F2 desgrudou dele, e realmente funciona (...). Era ele que fazia... Eu fazia durante o dia, quando a gente veio embora, eu fazia durante o dia e ele de noite. Ficava o dia inteiro com F2, amarrava uma faixa, ficava o dia inteiro, o dia inteiro, né? Ficava a tarde todinha também... Dava banho nela, tomava banho... Deitava com ela, e ela dormia aqui, e a noite era ele... Era muito gostoso... Era muito carinhosa, sabe?”

Nesse sentido, as relações efetuadas entre a mãe e as pessoas em seu entorno são vitais para o enfrentamento da prematuridade. Essas relações e as narrativas que as acompanham permitem a construção de mundos que, como vimos, podem se prestar à gerência da vida. Nessas circunstâncias, percebemos a formatação das forças da vida em discursos da verdade, em

mecanismos de assujeitamento que operam por significados dominantes que avaliam e julgam a experiência cotidiana.

As redes sociais: tecendo relações para além da mãe

Com certeza as relações são essenciais, como vimos, e outra possibilidade, caso a mãe não consiga assumir seu lugar de sustentação física e afetiva na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso-Método Canguru (AHRNPB-MC), é a ativação das Redes Sociais. A rede social pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas, tais como: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção em práticas comunitárias e sociais. Essas relações correspondem ao conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos tornam reais (SLUZKI, 1997). Vale lembrar que a rede social delimita uma realidade para além da família nuclear, sendo que também a inclui e, usualmente, sua fronteira é estabelecida pelo profissional que deseja abordá-la ou estudá-la.

Uma das circunstâncias em que se faz necessária a existência de uma rede social consistente é em situações de crise, tal como a prematuridade (ANDREANI; CUSTÓDIO; CREPALDI, 2006). Nesse sentido, percebemos, em nossas entrevistas, não só o mérito do pai, mas também da família como rede de apoio para a mãe: "M1: Nossa tudo, minha família foi tudo. Se não fossem eles, se não fosse eles, nossa, eu acho que não tinha agüentado não. A família, o pai dela. Eu não sou casada né? O pai dela acha que se não fosse ele, junto com Deus né, ele primeiro. Eu não teria agüentado não, porque foi barra mesmo."

Nesse contexto, são as narrativas que definem as realidades como localizadas no território compartilhado dos acordos organizadores de nossa experiência. Nesse caso, todas as mães de prematuros possuem histórias em comum, compartilhadas pelas famílias, pelos grupos sociais e pelos membros

da equipe no curso do processo. Essas histórias definem a realidade como acordos narrativos co-organizados em conversações, sendo que a realidade que cada um vive se baseia em consensos. A vivência da prematuridade passa, dessa maneira, a se basear em sua descrição, em como a mãe dá significado a essa experiência. Cabe salientar que uma descrição de um problema fundamenta-se em um consenso do que constitui o problema e quais são suas possíveis soluções. Então, esses significados também são compartilhados em conversações, que consolidam a rede e a mantêm funcionando como tal. No caso da prematuridade, percebemos que esta é atravessada por significados que se insinuam como verdades, calcados na ciência, e que contribuem para a constituição das subjetividades e das relações.

A rede social contém e é gerada pelas histórias que constituem a subjetividade de seus membros, sendo geradora e depositária da existência simbólica de quem a integra, organismo cujo centro é arbitrário, flutuante e circunstancial. As histórias que as pessoas contam não operam isoladas de seu entorno: existe uma imensa ecologia de histórias, que vai desde a relação entre as histórias contadas pelo paciente e todas as outras histórias das experiências pessoais e familiares não contadas até as histórias compartilhadas por cada membro da família com seus próprios amigos, conhecidos e companheiros. A prematuridade pode, por um lado, provocar um abalo na rede social habitual por trazer o inesperado, o repentino, mas pode, também, gerar novas redes, dentre elas a equipe do programa Mãe Canguru, e outros serviços de saúde que serão procurados: "M3: O F3 saiu com médico de...Você quer saber né?! Até um ano, médico de vista, fonoaudióloga, tinha a C. que era... A psicóloga não... A fono, a fono, tinha fisioterapeuta, também dentro da maternidade pro F3. A C. que é a fono e a fisioterapeuta né? Pra avaliar tem que levar o F3 a cada mês pra avaliar né? O desenvolvimento dele e neurologista. Só que o F3, o único médico que o

F3 foi, foi no de vista e na fono que é a C e na fisioterapeuta né?! Que era na maternidade.”

A prematuridade pode ainda reativar e consolidar a interação com a família, que é referida com um apoio, um manancial de ajuda frente a essa ruptura. Nas falas das entrevistadas, os avós também contribuem no momento do parto, que interrompe abruptamente a gestação, rompendo com o período preparatório para o nascimento, dificultando a vinculação da mãe com o bebê: “M5: Minha mãe sempre quis ter uma neta. Eu nunca... (pausa) falei: não, tá muito cedo. Não quero ter filho agora não. Minha mãe eu acho que ela ficou mais doida do que eu. Ficou doidinha! Desesperada! Até caiu na porta do hospital. Ficou preocupada porque os médicos sempre que ela perguntava o médico falava assim: ‘oh, nós não podemos falar que ela vai ficar bem ou não, né? Isso aí só com o tempo e os medicamentos’. A minha mãe foi sempre presente.”

Estudo baseado na observação direta na UTI neonatal assinala a predominância dos avós no que os autores chamam de maternagem ampliada (BRAGA; MORSH; LOPES; CARVALHO, 2001). Pelas condições que os avós possuem de atribuir significados ao bebê prematuro, portador de uma dimensão transgeracional, estes conseguem auxiliar os pais no reconhecimento da subjetividade do recém-nascido. A rede de apoio dos avós pode se manifestar no cuidado com a própria mãe para que ela possa cuidar de seus filhos, na atividade de maternagem e na facilitação do estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê. O cuidado com a parturiente é mencionado na fala desta mãe: “M1: Ela nasceu numa quarta-feira à noite, ele tava viajando; ele é caminhoneiro. Ele tava viajando e ninguém conseguia falar com ele. Mas parece que é força do destino mesmo. Na quinta-feira de manhã, ele chegou aqui em casa. Na hora que ele chegou, minha mãe falou com ele que eu tava internada e que a F1 tinha nascido e que a F1 não tava bem. Aí ele já foi direto pro hospital. Até então meu pai

que tava comigo lá no hospital. Aí desse dia pra cá, do segundo dia que ela nasceu até hoje graças a Deus.”

Além da presença dos avós, aparece a importância da presença da irmã, para além do pai, sendo novamente frisada a importância da família, embora a presença de outro membro que não sejam os pais não se efetue na prática estudada da AHRNBP-MC: “M3: Eu tinha medo de não dar conta de cuidar dele, portanto se eu te falar que minha irmã de 15 anos foi mais mãe do F3 do que eu. Porque ela que me ajudou muito.”

A narrativa dominante, calcada no modelo ideal de maternidade, examinado anteriormente, centra na mãe todo o cuidado e suporte afetivo da criança. Insistir nessa narrativa e partilhá-la com as usuárias do programa e com a equipe pode interromper o processo de vinculação, e a mãe pode até mesmo se sentir culpada por ter em algum momento rejeitado a gravidez. Nesse sentido, a prematuridade emerge como um castigo pelos sentimentos adversos, e interfere na instauração do vínculo, já difícil, pois sua construção se dá em meio ao medo de perder o bebê.

Embora na cartilha do Método Canguru a ênfase seja no contato de um adulto com o bebê, em geral esse contato se reduz às mães, no máximo se estende aos pais, e, às vezes, a família é excluída do processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Pois, de fato, observamos que só o pai ou a mãe podem participar do Método Canguru. Essa, inclusive, é uma das queixas feita por uma usuária: “M3: A família né?! Igual o avô, a avó. Igual o avô dele tava lá queria pô a mão, igual minha irmã mesmo queria fazer o canguru. Ela era doida pra fazer canguru com ele também e eles não deixavam. Não era mãe. Não podia nem pô a mão na cabeça do F3.”

A ativação da rede social para além da família nuclear também é necessária, sobretudo nas camadas baixas¹, público-alvo da nossa pesquisa.² Estudos demonstram que solidariedade é traço comum nesses estratos sociais e a vida familiar e social é apreendida nas diferentes estratégias que são elaboradas para se garantir a sobrevivência em distintos sistemas de

subordinação (CARVALHO; ALMEIDA, 2003; GERHARDT, 2003; KALOUSTIAN, 2000; ROMAGNOLI, 2006; SARTI, 2003). Em situações de pobreza, usualmente é o grupo familiar que garante a sobrevivência, principalmente diante das privações do cotidiano. A escassez de recursos é compensada pela cumplicidade da solidariedade também dos vizinhos: "M5: Oh, amigo eu não tenho muito. Eu não sou muito de... Com envolvimento. Agora, minha vizinha, me ajudou bastante, a Ana Paula. (parte ininteligível) ela me ajudou bastante (...). Aqui, desde o dia que eu comecei a passar mal, que eu entrei em crise e comecei a tremer, ela ficou aqui comigo, até o último dia, até hoje, ela me ajuda com a F5. Era uma segunda mãe. Nos cuidados... Me ajudava em relação as roupas dela... Em tudo! Leite... Quando eu precisava dormir... Se eu tava trabalhando ela olhava, né?"

Outra relação que é percebida como essencial pelas mães usuárias do Programa Mãe Canguru é com a equipe de profissionais que lá trabalham. Além de promover um ambiente propício ao desenvolvimento da criança, a equipe possibilita a inscrição da maternidade nas próprias mães, que se mostram inseguras no ato de cuidar de suas crianças. Todas as mães, sem exceção, ressaltaram a importância das informações e do apoio recebido: "M5: Nossa! Aquele pessoal... eu nunca imaginei, sabe? Porque eles são atencioso, ficava com ela, ainda mais as enfermeira que cuidava lá do berçário... elas são ótima. Me uma muita segurança enorme! Só que, igual os médico falou: 'Não pode falar! Porque mesmo que ela ta bem hoje, não sabe o dia d'amanhã, né? Pode piorar'. Mas são ótimos, né?"

Em alguns momentos, a equipe é percebida como a família, dando inclusive sustentação afetiva, escutando os medos, dando amparo para a situação: "M2: (...) Aí eu, nossa mãe, eu vou ganhar o neném agora, ai ela foi correr pra avisar pra família o que tinha acontecido, foi ligar pro meu marido, e nisso eu cheguei, tomei um banho, tal, mas mesmo assim eu num fiquei sozinha, mesmo quando a minha mãe veio aqui em casa, que ela veio aqui em casa primeiro, buscar algumas coisas pra F2, porque num ia dar pra

buscar na sexta, buscar umas coisinhas dela. Esse período que fiquei, umas duas horas, esperando minha mãe e meu marido chegar, em momento nenhum eu fiquei sozinha lá não, as enfermeiras ficavam comigo, conversavam comigo, mas eu já tava muito angustiada, com medo.”

A narrativa institucional de valorização do bebê por parte dos profissionais de saúde também aparece como uma estratégia da equipe de fazer enlaçamento, permitindo que a mãe invista no bebê: “M2: Ótima... eu não tenho nada a reclamar daquela maternidade, nada, nada, nada... eu fui muito bem tratada desde a primeira vez que eu entrei lá, passando mal até a hora que eu sai... no dia que eles deram alta pra ela, a dra. J. não queria deixar ela ir embora... Não, ela é minha tchuchuquinha, tchuchuquinha, e pegava ela e saia andando, a dra Júnia... e a enfermeira Janice... Pegava ela, saia, dava voltinha, ela era xodózinho lá... E como diz o ditado, quem meu filho beija, minha boca adora! Quem gosta do filho da gente, a gente ama de coração, então eu gostei muito do pessoal, todos eles me trataram muito bem... Desde quando eu ganhei... desde o pessoal da faxina até o médico... Enfim...”. “M8: Aí todo... aquela coisinha pequena, todos sem jeito de pegar, e ela tava... põe o peito na boca dele, aí eu imaginei ‘como’? Boquinha desse tamanho, respiração cansada, ele não pode mamar, mas ela falou assim, ele não pode mamar, ele não vai sugar, mas ele vai sentir seu cheiro...”

Embora haja, de fato, um alto investimento da equipe na relação da mãe com o bebê, há também um conflito entre a proposta da instituição e a subjetividade. Ao mesmo tempo que o programa, certamente, oferece para a mãe condições para a construção de um vínculo com o seu bebê, a idealização de uma única imagem de mãe e a vigilância da equipe no desempenho da mãe na sua maternagem por vezes destitui ou fragiliza a capacidade da mãe de exercer o cuidado materno: idealiza a mãe, a destitui da sua capacidade de cuidado: “M7: Aí quando foi no outro dia de manhã a enfermeira veio foi e falou assim. Oh, M7, nós te colocamos aqui pra vê se você tem capacidade de ficar com sua filha... ela não vai voltar pro berçário,

ela vai ficar com você a partir de hoje. Então é um teste que fizeram comigo, eu achei isso muito interessante sabe?! Porque às vezes nasce prematuro, a mãe não tem aquele cuidado com a criança. Então eles fazem isso lá. E teve uma hora também, teve um dia, que eu tava mais assim deprimida sabe, doida pra ir pra casa. Aí veio uma mulher e começou a conversar comigo. Foi no sexto dia que eu tava lá, aí ela foi e começou a conversar comigo, aí que eu vi que ela era a psicóloga do hospital. Ela tava conversando comigo pra saber se eu já podia liberar pra casa. Aí no outro dia me falou que eu tava liberada; ontem eu fiz uma entrevista com você, sem você saber. Eu sou a psicóloga do hospital, então eu vi que você tem capacidade de ir pra casa com seu bebê.”

Como vimos, as Redes Sociais fundamentam-se nas interações e nos vínculos familiares e institucionais estabelecidos entre as subjetividades, em suas relações a partir da linguagem e das narrativas, que articulam territórios, compartilham acordos, consensos, que organizam as experiências (SLUZKI, 1997). Essa proposta enfatiza a relação em redes tecidas mediante histórias narradas sobre experiências, situações, problemas, tanto pelas pessoas quanto pelos profissionais das instituições envolvidas. Nos contextos implicados com o Programa Mãe Canguru, observamos que há um compartilhamento de saberes sobre a prematuridade, sobre a construção do vínculo materno, espaços de troca de estados afetivos e relações de poder/saber que circulam nas narrativas estabelecidas.

Partindo de outra perspectiva, Gilles Deleuze e Félix Guattari propõem uma leitura processual da subjetividade e ressaltam a importância dos encontros na potencialização ou não da vida (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Os encontros atualizam forças que cada um de nós acolhe, envia, produz e que nos produzem, e nas quais não devemos considerar somente suas dimensões interiores, mas, sobretudo, a maneira pela qual a subjetividade é determinada e se diferencia através delas. Estamos o tempo todo em relação, e essas relações produzem efeitos, possuem na dimensão incorporal

que subsiste em todas as situações. Ou seja, cada relação estabelecida entre os corpos é acompanhada de forma imanente por um conjunto de forças invisíveis e moleculares, e que mesmo não sendo algo corpóreo, nascem entre estes corpos e são elas próprias, formas de expressão. Essas forças, quando atualizadas, nos permitem configurar de nova maneira, produzir passagens geridas pela exterioridade, por composições coletivas que nos permitem ligar-nos a acontecimentos e burlar a semelhança. A diferença, dessa maneira, não é algo concreto, mas aquilo que se estabelece entre os corpos, pura relação. Nesse sentido, a subjetividade é definida pelo aglomerado de relações que estabelecemos, uma vez que existimos em nossos encontros e em nossos agenciamentos, responsáveis pela nossa composição ou decomposição. Os bons encontros devem convocar a imanência, fazendo emergir a alegria e a ação. Já os maus encontros minam a potência, exercem-se pela tristeza, e operam por transcendência. Fixar um modelo de maternidade, desconsiderando as organizações subjetivas, é comparar, classificar, julgar e impedir, dessa maneira, que a mãe encontre uma forma singular de estabelecer o vínculo com o bebê. É insistir na semelhança, desconsiderando a diferença. E, em algumas vezes, correndo o risco de inviabilizar construções inventivas e singulares, pois o despreparo e a sensação de incapacidade por parte das mães já acompanham a vivência da prematuridade (BRAGA, MORSH, LOPES; CARVALHO, 2001). Exacerbar esses traços por meio da comparação a um modelo abstrato desqualifica os sentimentos, inclusive esperados para a situação, como no caso desta mãe, cujo medo estava presente, e que ela associou a “como não ser mãe”: “M3: Tive depressão muito forte. Eu acho que tava até atrapalhando o desenvolvimento do F3. Porque aí todo dia, graças a Deus depois que o F3 terminou de tomar os remédios, aí eu cheguei na maternidade, aí as enfermeiras falou comigo: ‘você vai poder pegar nele’. Na hora que ela falou aquilo, eu fiquei com medo. Fiquei com medo, eu fiquei o dia inteiro lá e de noite e quando meu marido chegou pra mim poder pôr, foi uma beleza, pra

mim ter coragem, porque eu não tive coragem de pô a mão nele não. *Ninguém falava que eu era uma mãe*, eu tinha medo, eu ficava olhando ele, enfiava a mão lá, passava a mão nele assim. Mas na hora de pegar mesmo, que ela falava, enfia a mão e pega ele aí, eu não tinha coragem. Parece que eu ia pegar ele e ia deixar ele cair. Não tinha coragem. Aí fiquei o dia inteiro namorando ele lá. (grifo nosso)“

A singularidade na maneira de como ser mãe de um prematuro evidencia a construção de uma saída em que os poderes instituídos falham, em que a naturalização deixa uma fenda, e a prática discursiva hegemônica, calcada no modelo ideal materno, resvala. Nesse instante, a transcendência/superioridade do modelo ideal se desfaz, a culpa é burlada, e a subjetividade pode inventar. Esse laço aparece na fala de uma das entrevistadas, em conexão com a religião, que, nesse caso, oferece um agenciamento para uma outra maneira de estabelecer o vínculo com o filho, em uma mãe que teve muita dificuldade de viver a prematuridade e se ligar ao bebê, não se sentindo, até então, uma boa mãe: “M3: Ali menina, ali minha fé começou. Eu tinha fé sabe?! Mas ali, esse F3... Igual eu tô falando. O F3 veio pra me dá muita alegria. Com o F3 ali eu aprendi a rezar, eu punha a mão nele, eu passava a ouvir o rádio. O padre Marcelo, a missa, a adoração. Eu levava água benta. Foi ali que o F3 começou a reagir. Foi ali! Foi porque era assim, agente levava ele lá, com aquela sonda, ele dormindo. Porque ficava só dormindo né?! Como se tivesse na barriga da gente né?! Aí o F3 ficava só dormindo. Aí teve um dia que eu tava ouvindo a oração, aí eu falei assim: eu vou levar água benta e vou passar na boquinha dele. Mas não podia entrar não, não podia não, não podia não. Aí eu fui e entrei. com um vidrinho pequenininho. Eu fui e levei e passei na boca dele.”

A forma de se apropriar do programa e de se vincular ao bebê é singular e de cada mãe, mesmo que, para isso, tenha que desobedecer às instruções recebidas: “M7: (...) ela nasceu meia noite e pouquinho, aí no outro dia de manhã, foi na terça de manhã, 9 horas, foi a primeira mamada que ela deu.

Aí a médica achou que ela nem ia pegar sabe?! Que ela era muito pequenininha. Mamou menina! Só que eles falaram que ela não podia ficar mamando, porque faz muito esforço em vez de perder, em vez de ganhar peso ela ia perder né?! Aí eu comecei a tirar leite, coloca no vidro igual eles fazem lá eu tirava e colocava no vidro e dava na chuquinha. Só que nesse momento que eu dava o leite assim, eu via que ela não mamava com vontade sabe?! Aí eu comecei a dar escondido no peito... E ela não pegava, aí a gente fica ansiosa pra poder pegar. Aí a partir do momento que veio pro meu quarto, o médico falou: 'oh, você vai dá ela de 15 em 15 minutos. Você vai da ela peito, mas se você vê que ela ta cansadinha, você para, você da uns 3 minutos e para.' Só que eu ficava com dó. Porque eu tirava e ela começava a chorar, aí que... Aí depois eu vi que ela tava ganhando peso, a partir desse momento. Aí eu falei assim: não, eu vou continuar dando. *Mas aí foi uma reação de mim mesmo, foi uma iniciativa minha. (grifo nosso)*"

E a mãe continua, em uma coexistência da invenção com a submissão, do revolucionário com o passivo, e também necessita do aval do especialista para que possa atender ao que é esperado dela: "M7: (...) Mas aí foi uma reação de mim mesmo, foi uma iniciativa minha. Aí depois eu falei com a médica, no dia que ela veio. Nossa ela ta ganhando peso, olha doutora não me xinga não, mas eu to dando mamá... Então pode continuar do jeito que ta assim. Aí foi quando me liberou e uma coisa também que eles fizeram e que eu achei muito interessante da parte da maternidade, quando eu tava lá."

Seja pelas Redes Sociais e suas narrativas, seja pelos encontros que afetam a subjetividade pela sua exterioridade, certo é que as relações são o eixo de sustentação do programa Mãe Canguru. Por meio delas, a cartilha ganha corpo, os profissionais apóiam e instruem, as mães acolhem seus filhos, os pais participam, a família ajuda, os bebês adquirem peso. Para além da relação com a mãe, há um entorno que incide sobre esse vínculo e que o fortifica ou o decompõe.

Considerações Finais

Observamos em nosso universo de pesquisa que o Programa Mãe Canguru, em sua real efetivação, é detentor de um campo de forças conflitivo, portador de contradições e tensões, característico de toda prática social. O referido programa, no cotidiano estudado, a despeito de todos os méritos que na verdade tem, corre o risco de ser uma tecnologia que produz certo tipo de mãe, amparado no modelo dominante, boicotando, dessa maneira, a proposta Política Nacional de Humanização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Os procedimentos e os fluxos contidos nessa prática podem vir a ser afirmadores da vida, no acolher, no cuidar, na ruptura e na construção de outras conexões – forças de composição, atualização e aprendizado, que convocam o engendramento de novos territórios frente ao filho que não foi desejado/fantasiado daquela maneira, frente à forma construída imaginariamente de ser mãe. Contudo, essas mesmas forças competem com forças rivais que almejam a decomposição, a fixação, inclusive a refixação em formas idealizadas e universais que atravessam a maternidade e que trazem consigo a defesa de práticas restauradas, como se houvesse apenas uma forma de ser mãe, mantidas pela sensação de culpa e de incapacidade. Como sabemos, a formação dos profissionais de saúde costuma ser predominantemente técnica. Desconsiderar esses atravessamentos pode influenciar a implantação de propostas como a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNPB-MC), de maneira a reduzi-lo em suas diretrizes inovadoras sobre o cuidado do recém-nascido de baixo peso. Ou seja, ao invés de auxiliar no estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê e, de fato, configurar uma alternativa frente à prematuridade, a prática do referido método pode ter efeitos impensados, tais como: a culpabilização e a incapacitação, produtos de relações de poder que se exercem em práticas sociais constituídas

historicamente, e se ligam a verdades normatizantes e dominantes.

Nesse embate, entendemos que o programa Mãe Canguru não é somente uma importante estratégia que busca promover um melhor desenvolvimento do bebê nascido prematuramente, mas também possui como tarefa convocar a alteridade, o lidar com a diferença, com o não-eu que se manifesta de formas únicas e singulares - formas que são assumidas pelas mães de bebês prematuros, por seus familiares, pelos vizinhos, pelos integrantes da equipe. Diferença perante o bebê que não nasce como se imaginara, com as mães que têm dificuldade em lidar com seus filhos reais, com os pais que têm que trabalhar, com os avós que querem tocar a criança, com o espaço do hospital, com a equipe que precisa amparar no dia-a-dia esse programa. Singularidade que envolve muitas questões e atravessamentos, pois a mãe, os familiares, a equipe podem ser um ambiente facilitador ou podem ser facilitadores a partir do momento em que assumem uma postura ativa na mediação da relação do bebê com o mundo, ou de cuidado, mesmo que este não seja o ideal, ou o esperado.

Acreditamos que o referido programa torna-se inventivo, cultiva novos modos de existência e convoca múltiplas direções quando aposta nessa singularidade, na maneira única de cada mãe ser mãe, na forma de cada família se vincular ao bebê, na disponibilidade de cada vizinho em participar. Ter uma atitude de respeito para com esses processos pode favorecer a construção de vínculos, a criação de diferenciação, a produção e a manutenção de saúde. E, dessa maneira, de fato, ter uma postura ético-política que opera a favor da vida, sustentando efetivamente a proposta de humanização.

Roberta Carvalho Romagnoli
Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP/ Mestre em Psicologia
Social pela UFMG/ Professora da PUC-Minas/ Psicóloga Clínica
robertaroma@uol.com.br , robertaroma@uaivip.com.br

Jacqueline de Oliveira Moreira

**Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP/ Mestre em Filosofia pela UFMG/ Professora da PUC-Minas/ Psicóloga Clínica
jackdrawin@yahoo.com.br**

Referências Bibliográficas:

ANDREANI, Grace; CUSTODIO, Zaira Aparecida O.; CREPALDI, Maria Aparecida. Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, n. 24, p.115-126, dez. 2006.

BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

BOUDON, Raymond; BOURRICAUD, François. Estratificação social. *Dicionário Crítico de Sociologia*. São Paulo: Editora Ática, 1993. P. 214.

BRAGA, Nina Almeida; MORSCH, Denise Streit; LOPES, Jose Maria; CARVALHO, Manoel. Maternagem Ampliada: a transgeracionalidade em UTI Neonatal. *Pediatria Moderna*, v. 37, n. 7, p. 312-317, jul. 2001.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de; ALMEIDA, Paulo Henrique de. Família e proteção social. *São Paulo Perspectiva* [on line], v. 17, n. 2, p. 109-122, abr./jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2004. ISSN 0102-8839.

COLAMEO, Ana Júlia; REA, Marina Ferreira. O Método Mãe canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cadernos de Saúde Pública* [on line], v. 22, n. 3, p. 597-607, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2006000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 jun. 2007. ISSN 0102-311X

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 3 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 12 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999.

FREYRE, Gilberto. *Casa grande e senzala*. 13 ed. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 1966 (1933). 2 v.

GERHARDT, Tatiana Engel. *Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano*. *Ciência e Saúde Coletiva* [online], v. 8, n. 3, p. 713-726, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 set. 2004. ISSN 1413-8123.

KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (Org.). *Família Brasileira, a base de tudo*. 4 ed. São Paulo/Brasília: Editora Cortez/UNICEF, 2000.

LAMY, Zeni Carvalho; GOMES, Maria Auxiliadora de S. Mendes; GIANINI, Nicole Oliveira Mota; HENNIG, Márcia de Abreu e S. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira*. *Ciência saúde coletiva*, v. 10, no. 3, p. 659-668, 2005, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 mar. 2007. ISSN 1413-8123.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas e UFMG, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde, 2004. Documento disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf. Acesso em 09 de jun. de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do Método Mãe Canguru. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAÚJO, Maria de Fátima. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Mãe Canguru. *Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 1, jan./abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2007. ISSN 1413-7372.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Famílias na rede de Saúde Mental: um breve estudo esquizoanalítico. *Psicologia em Estudo*, v. 11 n. 2, p. 305-314, mai/ago 2006.

SARTI, Cynthia Andersen. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. 2 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

SLUZKI, Carlos. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1997.

¹ Segundo Boudon e Bourricaud (1993), a camada baixa pode ser definida como o grupo social que tem nível de renda familiar de até 1 salário mínimo e de 1 a 5 salários mínimos. Possui ainda baixo poder aquisitivo, e moradia precária.