

Universidade Estadual Paulista

Solange M^a Sobottka Rolim de Moura

**MATERNIDADE E PRÁTICAS DE SAÚDE:
o instituído e o possível**

Assis

2003

Solange M^a Sobottka Rolim de Moura

**MATERNIDADE E PRÁTICAS DE SAÚDE:
o instituído e o possível**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências e Letras de Assis – UNESP para
a obtenção do título de Mestre em
Psicologia (Área de Concentração:
Psicologia e Sociedade)

Orientadora: Dra. Maria de Fátima Araújo

Assis

2003

Para João Pedro e Fernando

... a mãe ideal: dizer que ela é devotada seria pouco: ela é toda dada, toda maternal, se esquece completamente dela mesma para só pensar nos filhos. É a abnegação, a generosidade encarnadas. Podemos dizer-lhe tudo e pedir-lhe tudo. É o consolo, a doçura, a ternura e a alegria. Ela é o todo.

Catherine Serrurier

AGRADECIMENTOS

Três anos se passaram entre a concepção deste trabalho e sua conclusão. Neste período muitas pessoas participaram de seu desenvolvimento, mas gostaria de expressar meus especiais agradecimentos aos que estiveram envolvidos de forma direta na sua concretização:

a todas as mulheres que entrevistei, que aceitaram de forma generosa compartilhar comigo um momento tão difícil e íntimo de suas vidas;

à direção, médicos, enfermeiras e auxiliares do hospital onde esta pesquisa se desenvolveu, que atenciosamente me disponibilizaram informações e uma prática sobre a qual pude refletir;

à professora Maria de Fátima Araújo, por sua confiança e por sua forma ao mesmo tempo delicada e inteligente de argumentar e me conduzir à reflexão, permitindo-me desenvolver este trabalho de uma maneira que realmente expressasse minhas experiências e meu pensamento;

aos professores Hélio Rebello Cardoso Junior e Maria Lúcia Boarini, pela leitura atenta e pelas importantes sugestões que ambos efetuaram durante o exame de qualificação;

ao meu marido Neumar, por seu incentivo e apoio de todas as horas, sem o qual este trabalho não teria sequer se iniciado;

à minha irmã Sarah, que contribuiu com sua leitura para a clareza e a organização deste texto;

aos meus pais, que jamais deixaram de me apoiar;

às minhas amigas Deucy e Josiane, companheiras na profissão, no trabalho, nas viagens e principalmente nos momentos difíceis e tumultuados, agradeço pelo incentivo e pelo carinho;

ao Baiano e ao seu filho Mario, por viabilizarem a impressão final deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho problematiza as práticas discursivas e não discursivas referentes ao papel materno que circulam no âmbito da saúde pública e no contexto da família. Para isso utilizamos um programa de saúde materno-infantil – o Programa Canguru, contextualizando historicamente os elementos envolvidos tanto em sua concepção quanto em sua efetivação: o conceito de maternidade, as práticas de maternagem e as políticas de humanização ao atendimento desenvolvido nas instituições hospitalares. Nosso objetivo foi analisar como estes elementos se articulam na construção de novos sentidos para o papel materno. Para isso entrevistamos dez mulheres usuárias do Programa Canguru num hospital da rede pública e também as observamos durante esta prática. Na análise dos dados utilizamos como método a análise do discurso. A partir de núcleos de sentidos apreendidos nos discursos das entrevistadas, definimos quatro dimensões de análise: 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 Canguru. No trabalho analítico buscamos apreender o processo de singularização e as estratégias utilizadas pelas entrevistadas na produção de sentidos sobre a maternidade e as práticas de maternagem. A família, estruturada de forma hierárquica e com rígida divisão de papéis segundo o sexo, aparece como o principal organizador das experiências das entrevistadas e dos sentidos atribuídos à maternidade. O exercício da maternidade é descrito como essencial para a constituição do papel feminino. A religião surge como importante elemento para garantir o suporte emocional da família em situações de crise, como o nascimento prematuro do filho. No discurso de algumas entrevistadas a crença no poder de Deus se sobrepõe ao poder médico, em função da descontinuidade e inconsistência das práticas e relações estabelecidas com instituições e

profissionais de saúde, o que gera desconfiança e resistência na adesão às práticas e cuidados recomendados. No desenvolvimento do Programa Canguru estas mesmas características estão presentes, produzindo importantes contradições no confronto entre os discursos e práticas promovidos pelo programa, e a vivência de maternidade possível às mulheres que dele participaram. Assim, a prática do programa é descrita como desconfortável e sua função (favorecer a recuperação do recém nascido de baixo peso) não encontra ressonância nas práticas comuns de maternagem desenvolvidas pelas mulheres. Entretanto as entrevistadas entendem que sua participação no programa é fundamental: este favorece a presença da mulher no hospital e possibilita o contato concreto com a criança, que as mães entendem como essencial para o desenvolvimento do papel materno; mas, além disso, permite a elas controlar os cuidados oferecidos ao bebê pela equipe de saúde. Esta valorização do programa, portanto, não implica na aceitação das vantagens a ele atribuídas pelos profissionais de saúde e não impede que sua prática seja atravessada por inúmeras pequenas modificações promovidas pelas usuárias. Estas alterações, por um lado, prejudicam o desenvolvimento do programa mas, por outro, acabam por imprimir-lhe um sentido único, calcado na valorização do contato afetivo entre mãe e criança, que escapa do significado realmente enfatizado durante sua aplicação nas instituições de saúde.

Palavras-chave: maternidade; práticas de saúde; Programa Canguru

ABSTRACT

This paper questions the speech practices and non speech referring at the maternal function that are around the ambit of the public health and in the family context. For that was used a health program of maternal-childish – The Kangaroo Care, putting on the historical context the elements that are involved as much the conception as the effectuation: the concept of maternity, the practices of maternal care and the policy of humanization of the service developed at the hospital institutions. Our goal was analyze how these elements are articulate at the construction of new feelings to maternal play. So we interviewed ten women that was users of the Kangaroo Care in a public hospital and we observed them during the practice too. At the analyze of the dates it was used as a method the analyze of the speech. From the nucleus of the senses took at the speech of the subject, were define four dimensions to analyze: family and religion; the impact of the premature birth; suspicion and resistance in relations with institutions and health workers; and the experience with the Kangaroo Care. At the analytic work we tried to took the process of the signalize and the strategies used by the subjects at the production of the feelings about the maternity and the practices of maternal care. The family that has a hierarchy structure and rigid division of places according to the sex, appears as a mainly organizer of the experiences of the subjects and of the feelings attributed to maternity. The exercise of the maternity is descript as essential to the constitution of the feminine place. Religion shows up as an important element to guarantee the emotional support to the family in situation of crises, such as a premature birth of a child. At the speech of some subjects the belief in gods power over come the doctor, in function of the discontinuity and inconsistency of the practices and the relations set with the institutions and the health workers, what generate suspicious and resistance at the adhesion to the practices

and recommended care. At the development of the Kangaroo Care these same characteristics are presents, producing important contractions at the confront of the speeches and practices done by the program, and the experience of the maternity possible to the women who have participated of it. Then the practice of the program is described as uncomfortable and the function (to benefit the recover of the newborn with low weight) doesn't find resonance at the ordinary practices of maternal care developed by the women. However the subjects understand that their participation at the program is fundamental: this benefit the presence of the woman at the hospital and facilitate the concrete touch with the child, that the mothers understand as essential to the development to the maternal play, but beside this allow them to control the care offered to the baby by the health equip. This appreciation of the program, though, doesn't imply at the acceptance of the advantages attributed to it by the health workers and doesn't stop that the practice would be crosswise by several small modifications promoted by the users. By the other hand these alteration prejudice the development of the program but end giving one way, that is stepped on the appreciation of the affective touch between the mother and the child, that escapes of the meaning truly emphasize during the application at the health institutions.

Key words: maternity; health practices; Kangaroo Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I – O PROGRAMA CANGURU: UMA PROPOSTA DE ATENÇÃO	

1.4 A noção de sujeito na AD.....	82
2. Da noção de sujeito à idéia de subjetividade	87
3. Delineando um objeto de pesquisa a partir da AD e da categoria subjetividade	94
 CAPÍTULO IV – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	97
1. Objetivo da Pesquisa	98
2. Os sujeitos	98
3. Campo de Pesquisa	102
4. As entrevistas	104
5. Estratégia de Análise	108
 CAPÍTULO V – A PRODUÇÃO DOS SENTIDOS SOBRE A MATERNIDADE E AS PRÁTICAS DE MATERNAGEM	111
1. Família e religião: os principais organizadores da experiência	113
2. O impacto do nascimento prematuro: a angústia diante do inesperado	128
3. As relações com instituições e profissionais de saúde: resistência e desconfiança	145
4. A experiência com o Programa Canguru.....	160
 CONCLUSÃO	182
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	203
 ANEXO – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA SERES HUMANOS	204

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo investigar os sentidos produzidos sobre a maternidade e as práticas de maternagem em um programa de saúde materno-infantil desenvolvido na rede pública – o Programa Canguru.

Nas sociedades ocidentais a aproximação entre as práticas (discursivas e não discursivas) que circulam no âmbito da família e das instituições de saúde tem se produzido historicamente, intensificando-se a partir do século XVIII. Neste período instauraram-se novas formas de exercício de poder e controle sobre a população, caracterizadas especialmente pelo emprego de estratégias disciplinares. Tais estratégias favoreceram a emergência do movimento higienista, cuja influência se exerceu através da normatização das relações e do controle disciplinar dos corpos. No campo da saúde este movimento alcançou grande relevância no século XIX, tendo suas premissas repercutido sobre as configurações que a maternidade e as práticas de maternagem adquiriram no contexto da chamada família moderna.

No Brasil, esta mesma aliança entre a família e as instituições de saúde encontra-se na base da elaboração de uma série de programas que, nos últimos anos, têm sido implantados pelo Estado para atender à população usuária do Sistema Único de Saúde. Tomamos um desses programas como campo de pesquisa – o Programa Canguru – na tentativa de apreendermos a maneira como se produzem sentidos a respeito da experiência de maternidade, quando esta é mediada por um conjunto específico de normativas. Estabelecendo práticas de maternagem, tais normativas são sustentadas por um ideário individualizante, que favorece a psicologização das relações e a idealização do papel materno. Este ideário, amplamente disseminado nas camadas médias da população, revela-se dissonante quando confrontado com a realidade concreta das famílias que efetivamente participam do programa que aqui enfocamos. O interesse em compreender as formas que o

papel materno adquire a partir de tal dissonância transformou esta questão num eixo central de reflexão, que organiza todo o desenvolvimento deste trabalho.

O projeto desta investigação originou-se de nossa atuação em instituições hospitalares conveniadas ao Sistema Único de Saúde. Nestas instituições atuamos a princípio no atendimento de seus usuários, depois na supervisão de alunos de um curso de Psicologia em estágios nesta área. Foi durante este processo que acompanhamos a implantação de algumas propostas governamentais de humanização ao atendimento na área de saúde, nas quais o trabalho do psicólogo estava diretamente envolvido.

Lembramos que a participação de psicólogos em equipes atuantes no hospital geral é ocorrência bastante recente na história desta profissão, acentuando-se apenas nos últimos dez anos. Esta forma de atuação, embora recente, tem ocasionado a produção de inúmeros trabalhos no esforço às vezes de adaptar, outras vezes de criar formas de abordagem que se mostrem mais adequadas ao contexto institucional onde são aplicadas. Além disso, tais estratégias de intervenção devem se mostrar coerentes com a realidade concreta das práticas de saúde em nosso país. Contudo, mesmo quando amparada por um esforço coletivo de produção teórica e técnica, a tarefa a que se dedica um psicólogo quando decide atuar num hospital geral permanece complexa e multifacetada.

Parte desta complexidade advém da necessidade de compreender e fazer-se compreender num universo em que o fenômeno psíquico não representa o foco principal de atuação, estando os fenômenos do corpo e de seu adoecer privilegiados. Somam-se a isso os percalços que qualquer trabalho enfrenta quando exige a atuação em equipes multiprofissionais. Todas estas dificuldades podem se tornar ainda mais agudas se as diretrizes políticas que organizam as ações de interesse público no país não forem capazes de estabelecer metas claras e consistentes para a promoção de serviços de atenção à população. A

proposta de realizar uma investigação que envolvesse um programa de saúde materno-infantil resulta também da necessidade de problematizar a participação do psicólogo nesta realidade multifacetada e do anseio de contribuir através de nossas reflexões para a prática concreta desta profissão.

Além das circunstâncias anteriormente descritas, o interesse pela temática que aqui abordamos deu-se também por outra via: inscreveu-se a partir de uma vivência pessoal de maternidade. Foi principalmente através da experiência de gerar e cuidar de dois filhos que pudemos sentir, antes de procurar entender, o valor social atribuído ao papel materno. Esta valorização, promovida pelo intenso investimento simbólico e afetivo das práticas de maternagem, obscurece sua natureza concreta e histórica, tornando-a quase esquecida. Apesar disso (ou até mesmo por isso), as condições de produção, discursivas e não discursivas, das práticas de maternagem estão presentes no campo social e são cotidianamente veiculadas, delimitando modos de sentir, pensar e agir, e configurando subjetividades.

Este trabalho organiza-se, assim, a partir de uma série de reflexões, que aqui serão descritas tomando como referência o desenvolvimento do Programa Canguru. O programa prescreve o acompanhamento da mãe ao seu bebê recém-nascido de baixo peso, durante a internação hospitalar, num contato pele a pele. Este contato é considerado uma forma privilegiada de atenção à condição de saúde da criança. Normatizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, o Programa Canguru vem sendo aplicado em maternidades de hospitais públicos ou conveniados ao Sistema Único de Saúde. As características deste programa e as principais justificativas do Estado para sua adoção serão apresentadas no Capítulo I, a partir das normativas oficiais que regulam sua implantação nas instituições hospitalares. Neste mesmo capítulo apontaremos também algumas questões relativas aos limites de sua prática, de forma a problematizá-la e a permitir a formulação dos objetivos desta pesquisa.

Nos Capítulos II e III procuraremos delimitar um campo teórico para discussão deste trabalho, diante da amplitude das questões suscitadas por sua temática. Assim, no Capítulo II atentaremos para um aspecto central na organização do programa de saúde focado – a articulação família/instituições de saúde. Procuraremos identificar as raízes históricas desta inter-relação a partir de dois caminhos imbricados. Num primeiro momento retomaremos parte da história da organização dos programas de saúde pública, que serão aqui descritos no contexto das transformações sociais ocorridas a partir do período moderno, as quais demandaram novas formas de cuidado com a população. Num segundo momento recuperaremos, também ao longo da história, o processo de construção daquela que seria atualmente considerada a atitude materna “comum”. Esta adquiriu contornos mais definidos também a partir do século XVIII, envolvendo práticas específicas de maternagem e a valorização do vínculo afetivo entre mãe e filho.

No Capítulo III descreveremos brevemente os fundamentos teóricos do método de trabalho que utilizaremos. Este método toma as idéias da Escola Francesa da Análise do Discurso como referência, mas sustenta-se também no trabalho de autores que se distanciam das concepções desta disciplina no que se refere às categorias sujeito e subjetividade. A Análise do Discurso francesa entende que a constituição dos sentidos relaciona-se à constituição dos sujeitos, sendo que ambas organizam-se como um processo cuja base material é a linguagem. Articulamos a esta concepção uma noção de subjetividade tomada a partir dos trabalhos de Michel Foucault e Felix Guattari, como um recurso fundamental tanto na configuração de nosso problema de pesquisa quanto na operacionalização da análise que desenvolvemos.

A base teórica desenvolvida nos Capítulos II e III servirá, portanto de apoio para que possamos definir o objetivo desta pesquisa e descrever seus procedimentos metodológicos, os

quais serão apresentados no Capítulo IV. Detalharemos então a pesquisa empírica que realizamos, através de entrevistas com mulheres usuárias do Programa Canguru, na ocasião mesma em que este era desenvolvido num hospital público.

No Capítulo V nos dedicaremos à discussão dos resultados encontrados, os quais apresentaremos organizados em quatro dimensões de análise, consideradas por nós fundamentais para a produção de sentidos sobre o papel materno no grupo entrevistado: (1) família e religião; (2) o impacto do nascimento prematuro; (3) resistência e desconfiança nas relações com instituições e profissionais de saúde; e (4) a experiência com o Programa Canguru.

As principais conclusões a que chegamos através desta pesquisa, bem como algumas considerações finais sobre como este processo de produção de conhecimento desenvolveu-se para nós encerram este trabalho.

CAPÍTULO I

O PROGRAMA CANGURU: UMA PROPOSTA DE ATENÇÃO

HUMANIZADA À CRIANÇA

Neste capítulo apresentaremos o Programa Canguru de acordo com as normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Tais normativas definem este método de atenção neonatal e indicam os procedimentos técnicos a ele concernentes, bem como delimitam as condições necessárias a sua aplicação nas instituições que se propõem a adotá-lo. Estas condições referem-se ao aparato material, aos recursos humanos envolvidos e as características dos usuários (os bebês prematuros e suas famílias) aos quais o programa é dirigido.

Iniciaremos esta apresentação discutindo os elementos que têm servido ao Ministério da Saúde para justificar a implantação do Programa Canguru: a necessidade de redução dos altos índices de mortalidade infantil nesta faixa etária no Brasil; os benefícios financeiros advindos com a efetivação do programa, obtidos através da economia de leitos hospitalares para recém-nascidos (incubadoras); e o favorecimento do vínculo mãe-bebê.

Serão basicamente estes elementos que nos permitirão, no final do capítulo, problematizar esta prática, apontando as principais questões abordadas nesta pesquisa.

1. O nascimento precoce e a mortalidade infantil no Brasil

O nascimento prematuro de um bebê, do ponto de vista médico, constitui-se quase sempre uma intercorrência grave, uma vez que um número elevado de óbitos de bebês está associado à interrupção precoce da gestação. Do ponto de vista psicológico, pode-se supor uma interferência no delicado relacionamento que a partir da concepção acredita-se que a mulher desenvolva com o feto e no qual, desde cedo, incluem-se inúmeras expectativas, desejos e temores, que as circunstâncias envolvendo cada gravidez determinam. O fato de a gravidez ter sido desejada ou não, o momento particular da vida da mulher em que esta ocorreu, a aceitação familiar e especialmente do pai da criança, o sexo esperado, a existência

ou não de outros filhos, as condições sócio-econômicas da família, são todos elementos que tornarão cada gestação específica e sobre a qual a interrupção precoce adicionará um novo elemento.

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) apontam a mortalidade infantil no período perinatal (aquele que se inicia na 22^a semana de gestação para fetos com mais de 500g, até a primeira semana de vida) como o principal contingente de óbitos entre menores de um ano, nos quais a prematuridade encontra-se estreitamente relacionada ao baixo peso ao nascer. No período analisado, entre as mortes ocorridas até o sétimo dia de vida (período neonatal precoce), 70% ocorreram entre recém-nascidos com menos de 2500g. Acrescentam ainda que 30% do total de óbitos de recém-nascidos notificados no país, entre 1990 e 1995, foram de crianças com menos de 37 semanas de gestação.

Além de altos índices de mortalidade, cabe lembrar ainda outras conseqüências associadas à prematuridade, configurando elevada morbidade, presente em seqüelas tardias, inclusive neurológicas, que demandarão acompanhamento especializado à criança por longos períodos (senão por toda a vida), na forma de tratamentos médicos, fisioterápicos, fonoaudiológicos, psicológicos além de educação especial.

Não raro o parto prematuro ocorre após uma gestação já considerada de risco. Neste grupo estão incluídas as gestações na adolescência, etapa do desenvolvimento da mulher em que, embora fértil e apta a relações sexuais, esta não se encontra ainda física ou emocionalmente preparada para a gestação e o cuidado de filhos; e gestações tardias, ocorridas quando a mulher já se encontra numa faixa etária acima dos 35 anos. Nestas condições de risco, o nascimento prematuro constitui-se momento especialmente complexo, gerando temor pela saúde da criança e da parturiente, tanto na própria mulher e na sua família quanto na equipe que os acompanha.

Nos últimos anos as unidades hospitalares de atendimento a recém-nascidos têm sofrido uma série de modificações em sua estrutura e nas rotinas de cuidados aos bebês, cuja principal justificativa é considerar, além das necessidades físicas, suas necessidades psíquicas. A possibilidade de alojamento conjunto quando mãe e criança são saudáveis já se constitui realidade em diversas instituições, bem como o estímulo ao parto natural e ao aleitamento materno. A presença do psicólogo nas instituições hospitalares, enquanto profissional de saúde mental, também pode ser entendida como sinal de um novo interesse e de uma compreensão mais ampla do que seria saúde e bem-estar, envolvendo agora os aspectos psicológicos da mulher e da criança.

As unidades de neonatologia dedicam-se com frequência somente às crianças que necessitam de cuidados especiais, como os nascidos prematuramente ou que apresentam patologias congênitas ou conseqüentes a intercorrências pré, peri ou pós-natais. A presença da família, especialmente da mãe, e o acompanhamento dos casos por equipes multidisciplinares tornam-se mais comum. Ainda assim, a internação de um recém-nascido sempre significará um período de isolamento e privação do contato com a mãe, já que as “isoletes” ou incubadoras, ao mesmo tempo em que protegem o bebê do meio ambiente e procuram reproduzir condições semelhantes às encontradas no útero para favorecer sua sobrevivência, impossibilitam ao recém-nascido o contato materno e/ou familiar. Além disso, em muitas regiões do país as condições de atendimento ao recém-nascido de risco ainda permanecem precárias, disponíveis na realidade apenas em centros de referência cuja oferta de leitos e de pessoal especializado é, em geral, insuficiente para atender à demanda da população. Esta defasagem acaba induzindo a soluções alternativas, como o uso do mesmo equipamento (isolete) por dois ou mais bebês, um tipo de procedimento que, por sua precariedade, facilita a proliferação de doenças, diminuindo consideravelmente as chances de sobrevivência dos recém-nascidos.

Um esforço governamental, traduzido na forma de documentos, portarias e normativas do Ministério da Saúde do Brasil, tem sido observado no sentido de proporcionar melhores condições de sobrevivência aos recém-nascidos pré-termo, o que parece se justificar em parte pela elevada taxa de mortalidade infantil que o país ainda apresenta nesta faixa etária.

Dados do documento intitulado “A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil” (BRASIL, 1998) informam que a mortalidade infantil encontra-se, há algumas décadas, em franco declínio no Brasil. Este indicador sofreu a significativa redução de 31,8% no período compreendido entre 1985/1990 e de 19,6% no período de 1990/1995 (dados do IBGE). Esta expressiva redução, porém se relativiza quando, pelo emprego de uma análise mais refinada, verifica-se a distribuição destes índices de mortalidade por faixa etária. Os períodos neonatal (< 1 dia a 27 dias) e pós-natal (28 dias até < 1 ano) destacam-se e percebe-se que, a partir de 1993, há um predomínio indiscutível do componente pós-natal sobre o neonatal na redução da mortalidade infantil. Os óbitos neonatais sofreram uma redução de apenas 5,6% no período de 1985/1990 e de 7,1% entre 1990/1995.

O mesmo documento destaca uma avaliação das causas de internação e óbito em menores de um ano, no Sistema Único de Saúde (SUS) em 1996, revelando serem a prematuridade e o baixo peso ao nascer os principais fatores relacionados aos óbitos por causas perinatais, respondendo ambos por 69% de todos os óbitos neonatais. Alerta ainda para a precariedade de nossas estatísticas em saúde, em geral conseqüentes à subnotificação de mortes em diversas regiões do país ou ao preenchimento incorreto do atestado de óbito, não identificando com precisão a causa da morte. Diante deste panorama, seus autores não deixam dúvidas quanto à importância de ações e programas de saúde dirigidas a esta faixa etária.

No texto citado o Estado reconhece que, nas últimas décadas, os esforços públicos

estiveram mais voltados para o enfrentamento das doenças diarréicas, doenças preveníveis por vacinação e desnutrição, problemas estes que estão mais presentes nas crianças depois do primeiro mês de vida, obtendo-se dessa forma a maior redução da mortalidade infantil no período pós-neonatal. Constituído-se assim a mortalidade no período perinatal principal contingente dos óbitos dos menores de um ano, a sua redução aparece como um desafio, não só para os serviços de saúde assim como para a sociedade em geral.(BRASIL, 1998, p.4).

Estas constatações abriram espaço para o incentivo de programas de saúde materno-infantil como o Programa Hospital Amigo da Criança e o Método Canguru. Este incentivo tem ocorrido através da normatização destes programas, mas principalmente pela concessão de benefícios financeiros às instituições dispostas a adotá-los.

2. O Método Canguru

Na busca por melhorar as condições de sobrevivência de crianças no período neonatal precoce e de burlar a reconhecida escassez de equipamentos apropriados ao atendimento do prematuro (especialmente incubadoras), um dos procedimentos adotados consiste em manter o bebê prematuro junto ao corpo da mãe, preso por uma bolsa em seu peito e em contato direto com sua pele. Esta forma de cuidado é conhecida como *Método Canguru*, ou simplesmente *Mãe Canguru*, denominação esta que se popularizou nas unidades hospitalares que a adotaram. Recomendada pela UNICEF e reconhecida mundialmente, foi descrita na Colômbia pela primeira vez em 1983, embora desde 1978 estivesse sendo empregada no Instituto Materno Infantil de Bogotá.

Com o objetivo de suprir a carência de equipamentos nas unidades hospitalares, as mães de prematuros transformaram-se elas mesmas em incubadoras, abreviando a

permanência da criança na instituição e liberando leitos para outros pacientes. Com o uso deste método, perceberam-se resultados como a maior facilidade na manutenção da temperatura corporal, frequência cardíaca e respiratória dos bebês e nutrição mais adequada, uma vez que a amamentação é facilitada. Além disso, a proximidade da mãe parecia favorecer o estreitamento do vínculo com o bebê e garantir, através desta relação, o apoio e o equilíbrio emocional que o prematuro necessita para se desenvolver. O método então passou a ser empregado também com o objetivo de atenuar os prejuízos decorrentes do afastamento precoce, comum em condições de prematuridade da criança, e de favorecer o contato e o estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê.

Entende-se assim que o método canguru foi idealizado de modo a cumprir dois objetivos distintos que poderiam ser atingidos isoladamente ou em conjunto:

- 1º Suprir a insuficiência de recursos materiais encontrada em diversas maternidades, especialmente aquelas situadas em regiões pobres e em países em desenvolvimento;
- 2º Evitar a separação prolongada entre mãe e bebê, até então inerente ao processo de hospitalização da criança, mesmo em locais onde a oferta de leitos mostrava-se satisfatória.

No Brasil o emprego deste método iniciou-se em 1981, no Centro de Lactação de Santos, do Hospital Guilherme Álvaro. Sua prática foi recentemente normatizada pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, num documento intitulado “*Normas de Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru)*”, seguido de regulamentação pela Portaria GM/MS n.º 693 (BRASIL, 2000). Em geral (mas não necessariamente) é utilizado em hospitais premiados com o título “Amigo da Criança”, pelo governo brasileiro e pela Organização Mundial de Saúde, por estimularem o aleitamento materno e o parto natural.

Neste documento o Ministério da Saúde afirma que a adoção do Método Canguru “pode ser essencial na promoção de uma mudança institucional na busca de atenção à saúde,

centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família” (BRASIL, op. cit.). Define também o tipo de assistência que deve ser considerada como o mínimo ideal a ser oferecido à mãe e ao bebê, além das vantagens do método:

“DEFINIÇÃO

1. O método canguru é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce, entre a mãe e o recém nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo dessa forma uma participação maior dos pais no cuidado ao seu recém-nascido.
2. A posição canguru consiste em manter o recém nascido de baixo peso ligeiramente vestido em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto.
3. Só serão considerados como ‘método canguru’ os sistemas que permitam contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

VANTAGENS

- A) Aumentar o vínculo mãe-filho
- B) Menos tempo de separação mãe-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial
- C) Estímulo ao aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração
- D) Maior competência e confiança dos pais no manuseio de seu filho de baixo peso mesmo após a alta hospitalar
- E) Melhor controle térmico
- F) Menor número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários devido a maior rotatividade de leitos
- G) Melhor relacionamento da família com a equipe de saúde
- H) Diminuição de infecção hospitalar
- I) Menor permanência hospitalar " (BRASIL, 2000)

Além disso, recomenda que mãe e criança sejam atendidas por equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, durante as três etapas em que se subdivide seu emprego: (1) período 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 acompanhamento ambulatorial. Reconhece ainda a importância de que “toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento da mãe e filho conheça toda a extensão e importância do método e esteja adequadamente treinada, para que este possa ser aplicado de maneira plena.”.(BRASIL, 2000).

Neste ponto, e ainda que se admita a inegável importância desta normativa do governo no estímulo de uma ação assistencial à infância, uma série de obstáculos pode ser apontada.

Charpak, Figueroa e Hamal (1998) apontam o compromisso familiar como determinante no sucesso do método, constituindo sua falta condição de grave risco à criança, podendo reconduzi-la ao hospital no caso do programa encontrar-se em sua fase ambulatorial, ou mesmo ocasionar a morte do recém-nascido em consequência de apnéias, broncoaspirações e perda ou ganho insuficiente de peso levando à desnutrição grave.

Assim, apesar das citadas vantagens no emprego do método canguru, estes autores apontam riscos diversos a sua aplicação, relacionados à própria prematuridade da criança e também a uma seleção inadequada do bebê e/ou sua família para participação no programa. Em consequência disso, preconizam exigências às famílias e aos profissionais envolvidos, buscando evitar ou minimizar tais riscos, sendo estas:

“Por parte da família: é necessário esclarecer às famílias que se trata de um trabalho constante, já que o pessoal do ‘departamento de cuidados mínimos’ (*a equipe técnica do hospital*) é substituído pela família. Portanto, a família deverá estar ciente:

- Do ritmo regular das consultas
- Do tempo disponível para as consultas
- Da frequência da alimentação e da necessidade de repouso durante um período de meia hora depois que o bebê tiver sido alimentado, para evitar regurgitações e broncoaspirações. Quando a mamada ocorre a cada hora, o ritmo de trabalho é de tempo integral.

- Das mudanças de comportamento determinadas pela necessidade de se manter o recém-nascido em posição vertical às 24 horas do dia, ou seja, da obrigação de se dormir em posição semi-sentada. Devemos levar em conta que, mesmo que uma família tenha se adaptado a ela, não é uma prática habitual.
- Das demais instruções aconselhadas: lavagem de roupas, etc (não banhar o bebê, não permitir o contato com pessoas doentes, não manipulá-lo com frequência)

Por parte dos profissionais: a equipe do programa deverá:

- Demonstrar uma grande disponibilidade em relação às famílias, já que é necessário repetir muitas vezes as mesmas coisas, assim como também responder às suas preocupações e angústias.
- Aceitar o ritmo de trabalho contínuo, já que, além das consultas, quando os médicos não puderem delegar, devem poder ser localizados a qualquer momento.” (CHARPAK et al, 1998, p.49-50).

3. Problematicando o Programa Canguru

Após a descrição do Método Canguru, indicaremos agora os principais pontos de reflexão que algumas de suas características nos suscitaram. Acreditamos que o estímulo às intervenções que aumentem a possibilidade de sobrevivência de crianças no período neonatal representa um importante avanço, consonante à preocupação governamental em reduzir as altas taxas de mortalidade observadas nesta faixa etária. A implantação do programa citado representa ainda uma economia significativa de recursos, elemento este cuja importância é claramente evidenciada na escassa bibliografia que o Estado disponibiliza sobre o programa (ver CARVALHO e PROCHNIK, 2001).

Além disso, esta proposta de assistência neonatal obedece a tendências atuais que buscam melhorar a qualidade das intervenções na área da saúde pela inter-relação de diferentes aspectos (biológicos, psicológicos e sociais) relativos ao bem-estar dos indivíduos, preconizando um atendimento ampliado pela atuação de equipes multiprofissionais. O

Método Canguru procura assim uma interessante e positiva articulação, num mesmo conjunto de ações, entre preocupações biologicistas (como as da medicina) e subjetivistas (como da psicologia): questões tão distintas quanto à dificuldade de controle térmico do recém-nascido de baixo peso, sua susceptibilidade a infecções hospitalares, e sua necessidade de amparo afetivo, procuram ser simultaneamente contempladas. No entanto, receamos que esta importante característica do programa não seja efetivamente valorizada, de modo que durante a sua aplicação, na prática cotidiana dos hospitais, o que de fato se produza seja sua simplificação, contemplando-se apenas os aspectos biológicos do procedimento.

Nas normativas do programa pouca relevância é dada à complexidade que se instaura quando aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais estão envolvidos numa mesma prática, exigindo que alguns dos conceitos utilizados para embasar estas ações – como as definições de práticas de maternagem ou de vínculo mãe-filho – tenham que ser definidos a partir de vários campos do conhecimento, implicando simultaneamente produções das ciências sociais e das ciências biológicas. No entanto, as divergências epistêmicas e metodológicas existentes entre as várias disciplinas envolvidas na implantação do Programa Canguru – medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, fisioterapia entre outras – embora importantes e complexas, não constituem o foco principal de discussão neste trabalho. Na verdade, este foco se volta muito mais para a problematização dos efeitos que se instauram quando, no desenvolvimento de uma prática de saúde são utilizadas pelos envolvidos nestas ações (técnicos da saúde e usuários do programa), de forma explícita ou não, concepções distintas acerca de um mesmo objeto – que no Método Canguru se define como “assistência neonatal”.

Acreditamos que a concepção do que seria e quais elementos envolveriam uma “assistência neonatal humanizada” já se encontra aberta a diversas interpretações nas normativas do programa. O cuidado de um recém-nascido, objeto central que o programa se

propõe humanizar, implica numa prática de maternagem que, como tantas outras formas de cuidado à criança, qualquer adulto poderia desempenhar, seja homem ou mulher. Esta *pessoa que cuida* aparece na definição citada como sendo ora *a mãe*, ora *os pais*, ora *um adulto qualquer*, ora *a família*. Esta alternância na definição da figura que pode desempenhar os cuidados prescritos, na forma como aparece no discurso oficial, permite interpretações diferentes com relação à maneira como o programa pode ser conduzido; este pode então enfatizar tanto a participação da mãe como dos pais ou da família.

Em decorrência disso, a referência a uma prática de cuidados com o recém nascido – a “assistência neonatal” – pode igualmente ser interpretada como uma prática *de maternagem* (que qualquer adulto pode assumir) ou *de cuidados maternos* (de responsabilidade exclusiva *da mãe*). Na definição do método há uma preocupação apenas em especificar *como* este contato pele a pele deve ser executado, deixando em aberto *quem* o fará: “a posição canguru consiste em manter o recém nascido de baixo peso ligeiramente vestido em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto.” (BRASIL, 2000).

Entendemos que esta relativa indiferenciação na forma como alguns elementos são definidos no programa pode mostrar-se benéfica, na medida que abre espaço para que soluções concretas sejam adaptadas à realidade local de cada centro de aplicação do método, ou à necessidade particular de cada família. Entretanto, acreditamos também que esta imprecisão pode favorecer uma sobreposição entre concepções que têm grande implicação entre si, mas que não são equivalentes: o conceito de *maternidade* (que pode ser compreendido tanto em sua dimensão biológica como social), de *cuidados maternos* e de *práticas de maternagem*, que podem ser todos associados à mesma idéia de assistência neonatal. Assim, entendemos que na base das ações previstas no Programa Canguru estas diversas concepções vão provavelmente se cruzar, a partir de uma definição aberta a muitas significações que as normativas do programa oficializam. Desse modo, concepções do que

seria o Método Canguru e de quais práticas estariam envolvidas em sua implantação podem aparecer de muitas maneiras nas manifestações dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional que nele atua, ou nas experiências das famílias envolvidas.

Por outro lado, esta mesma descrição de “assistência neonatal” presente nas normativas do programa, num outro momento, restringe esta prática ao contato pele a pele *entre a mãe e o recém nascido*, à medida que enfatiza sua importância no incremento do vínculo entre *mãe e filho*; aproxima-a assim desta relação específica, envolvendo ainda nesta mesma prática não só os cuidados materiais da criança, mas também um vínculo afetivo. Esse vínculo, o qual o programa informa ser vantajoso favorecer, parece ser compreendido como necessariamente positivo, permitindo supor que qualquer mulher, ao tornar-se mãe, detenha habilidade necessária para cuidar da criança, além de disponibilidade psicológica para fazê-lo.

A partir disso, entendemos que através do Programa Canguru as instituições de saúde propõem uma forma de intervenção sobre um dos elementos fundantes da instituição familiar na modernidade – a relação da mãe com seu filho. Programas desta natureza têm sido valorizados nos últimos anos pelo Estado, que divulga amplamente suas vantagens. Sua implantação ocorre predominantemente em hospitais públicos, tornando suas intervenções acessíveis a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o que nos leva a refletir sobre a adequação de suas propostas a um universo populacional tão amplo e heterogêneo.

Acreditamos que, numa proposta como a do Método Canguru, pressupor a necessidade física da criança em ser cuidada parece um tanto óbvio, em função da fragilidade do ser humano ao nascer. Contudo, a idéia de que a mãe seria a melhor pessoa para fazê-lo (embora ela possa de fato o ser, em muitos casos) deriva, mais que de uma “determinação” biológica (ou psicológica), de uma prática cultural e social. Os contornos atuais desta prática organizaram-se num período relativamente recente na história da humanidade, definindo-se mais claramente nos últimos duzentos anos, como parte de um amplo movimento de

reorganização das relações sociais ocorrido a partir da ascensão da burguesia enquanto classe social.

Este movimento, acompanhando e fazendo-se acompanhar por um conjunto específico de idéias, valorizando a individualização das relações e os cuidados com a população, permitiu que a infância ganhasse relevância no campo social, demandando que seus cuidados fossem assumidos pela família nuclear, especialmente pela mãe. Assim, a definição do que seriam cuidados adequados com uma criança tem se mostrado variável de acordo com o lugar e a época enfocados. A inclusão num programa de saúde de uma preocupação psicológica com o recém-nascido, com os efeitos que uma separação precoce de sua mãe causariam ao seu psiquismo, parece ser característica da contemporaneidade, momento histórico em que a influência da Psicologia e da Psicanálise tem encontrado maior repercussão social.

Diante disso, supomos que as práticas e configurações culturais características da modernidade (entre as quais as psicológicas) podem não se difundir uniformemente ou sem resistências por toda a sociedade, mas conviver e eventualmente confrontar-se com outras formas de sentir e pensar o mundo. Diante desta permanente multiplicidade, acreditamos que seria importante avaliar o grau de interpenetração entre o ideário individualizante que parece embasar programas como o “Canguru” e outras formas que os processos de subjetivação possam assumir na sociedade brasileira.

Questionamos assim o significado da presença deste tipo de discurso humanizante como justificativa oficial na proposta de um programa de saúde. Na prática institucional, que ajustes se fariam necessários para implementar estas ações, uma vez que a própria definição do Método Canguru é pródiga em sentidos com relação à forma como (e por quem) este cuidado com o recém nascido pode se desenvolver? Qual seria a repercussão desta participação para a mulher e para as famílias envolvidas? Será que o que se preconiza e busca

favorecer no programa como cuidado adequado com o recém nascido está em conformidade com o que as famílias podem ou consideram apropriado oferecer?

Esta inter-relação família/instituições de saúde mostra-se essencial na constituição da própria subjetividade¹ moderna; os processos de subjetivação implicados nesta organização devem, contudo ser objeto constante de interrogação, em função do dinamismo que lhes é próprio e que lhes imprime permanente fluidez, mas também pela coexistência, no campo social, de uma multiplicidade de movimentos que podem ampliá-los e alterá-los, criando-lhes novas configurações.

Além disso, compreender a abrangência de algumas intervenções no campo da saúde, analisando criticamente as conseqüências de sua aplicação, pode nos conduzir a posicionamentos mais efetivos diante desta postura “humanizante” que as políticas públicas têm adotado. Esta compreensão deverá estar implicada numa forma historicamente contextualizada de produção de conhecimento que possa apontar, em sua construção, para a variedade de formações discursivas e formas de saber presentes no tecido social, distintos de um saber hegemônico e normalizador.

¹ Por subjetividade entende-se uma forma de constituição do sujeito que implica em modos de sentir, agir, pensar, enfim de ser, que são historicamente construídos, ou seja, que se organizam num processo. Para Deleuze (1992, p. 217) os processos de subjetivação porém “só valem na medida em que, quando acontecem, escapam tanto aos saberes constituídos como aos poderes dominantes.”.

CAPÍTULO II

A PRODUÇÃO DA MATERNIDADE E DAS PRÁTICAS MÉDICAS: DISCURSOS E ESTRATÉGIAS DISCIPLINARES

Neste capítulo discutiremos as condições históricas de produção das concepções que embasam as propostas do Programa Canguru como uma estratégia de atenção à saúde que envolve a família. O ponto de partida desta análise serão as modificações nas formas de exercício de poder e nos modos de produção que caracterizaram o período histórico conhecido como modernidade, demandando a emergência de novas estratégias de cuidados com a população.

Circunscrevendo a área da saúde, abordaremos o interesse político que as questões de saúde coletiva passaram a apresentar desde então e, em especial, as implicações desse interesse na reorganização tanto das próprias instituições de saúde quanto da instituição familiar. Neste contexto, enfocaremos o processo de transformação da própria medicina, que teve sua função social modificada a partir do período moderno, deixando de ser um exercício individualizado de práticas curativas para alcançar a dimensão política de uma prática social.

A relação medicina/família na produção de concepções relativas à função materna (entre outras), a partir do período citado até os dias atuais, será discutida na seqüência, para finalmente articularmos esta produção às atuais práticas em saúde no Brasil.

1. As práticas disciplinares na organização da medicina como estratégia biopolítica

Segundo Rosen (1994), a organização da Saúde Pública como uma área específica de intervenção do Estado, e da Medicina Social, como um corpo de conhecimentos, deu-se de forma gradativa, acompanhando a consolidação dos Estados modernos por toda a Europa. O surgimento de uma política de saúde não teria se iniciado, entretanto, a partir de uma intervenção estatal maciça e uniforme; esta intervenção teria ocorrido de forma gradual e múltipla, a partir de instâncias variadas, em relação às quais o Estado teria desempenhado um

papel diversificado, de acordo com o estágio de organização administrativa em vigor num determinado momento e numa região europeia específica.

Foi no final da Idade Média portanto que surgiu um novo interesse político pela saúde da população. Além das atribuições até então associadas ao poder estatal (manter a paz e promover a justiça pela arbitragem de litígios), neste período novas funções se acumularam e a manutenção da ordem e a organização do enriquecimento tornaram-se atribuições do Estado moderno incipiente. O cuidado com a população surgiu então como uma nova necessidade, uma vez que tanto o numerário quanto à saúde de seus elementos passaram a ser considerados importantes na produção de riqueza.

Até o final do século XVII os cuidados com a saúde da população eram realizados pela assistência aos pobres num regime de “socorro” que incluía diversas intervenções como distribuir alimentos, recolher crianças e atender aos doentes. Somente em ocasiões especiais, como grandes epidemias ou catástrofes naturais, o Estado realizava intervenções mais amplas e mais autoritárias (por exemplo, o estabelecimento de quarentenas). Economicamente este tipo de atuação cotidiana vinculava-se às instituições de caridade, sendo a presença do médico em geral limitada e pouco efetiva.

Ainda de acordo com Rosen (1994), quanto mais a organização dos Estados caminhava em direção a um governo nacional centralizado, tanto mais um conjunto de doutrinas políticas e econômicas influenciavam a administração da saúde da população. “Olhava-se o bem-estar da sociedade como idêntico ao bem-estar do Estado”, cabendo ao governo aumentar o poder e a riqueza nacionais. Para isso, “antes de tudo fazia-se necessário uma população grande; em segundo lugar, cuidar dessa população no sentido material; e em terceiro, a controlar de maneira a se a poder utilizar segundo os interesses da política pública.” (ROSEN, op.cit. p.92).

O trabalho passou a ser essencial na geração da riqueza de uma nação e a população passou a ser considerada a partir de seu valor produtivo; qualquer perda de produtividade por doença ou morte tornava-se um problema econômico para o Estado. A partir desse novo olhar, importantes esforços foram feitos no sentido de quantificar informações sobre a constituição e a saúde da população, que levaram ao surgimento dos primeiros cálculos e projeções estatísticas quanto ao número de nascimentos e mortes, e as principais causas de doença e morte na Europa. As estratégias que permitiam a constituição de uma população grande e sadia passaram a ocupar o centro dos interesses políticos, reconhecendo-se como dever do Estado a proteção da saúde do povo.

Ao término do século XVIII já existia a convicção da importância econômica e política da saúde da população. Entretanto, conforme o processo de industrialização se instaurava em diversos países europeus, a forma de atenção aos problemas públicos, que até então pouco diferia das estratégias em vigor na Idade Média, teve que se modificar. Entre 1750 e 1830 a situação social criada pelo período inicial da Revolução Industrial, aliada à divulgação dos ideais do Iluminismo como movimento filosófico e do liberalismo como doutrina econômica e política, forneceram as bases para o movimento sanitário do século XIX.

No decorrer do século XIX o progresso da industrialização de países como a Inglaterra, França e Bélgica foi intenso; ao mesmo tempo, outros países como os Estados Unidos e os Estados germânicos iniciaram avanços neste terreno. O sistema de produção alterou-se drasticamente, o que permitiu a organização de um incipiente sistema de mercado, e envolveu a participação de um número cada vez maior de pessoas; estas migravam das áreas rurais para se concentrar nas novas regiões industriais. O crescimento urbano, as novas formas de organização do trabalho em fábricas e o maior deslocamento da população trouxeram

novos problemas até então impensados e exigiram o planejamento de novas estratégias de intervenção.

O fluxo de trabalhadores para as cidades deu origem às aglomerações urbanas nos distritos industriais, onde construções sem planejamento eram erguidas para abrigar as famílias; nestes locais as condições de distribuição de água e drenagem eram geralmente muito precárias. Por outro lado, havia até então pouco interesse em tomar medidas sanitárias coletivas, em razão da crença, divulgada pelos ideólogos do liberalismo político e econômico, de que os meios para atender as necessidades dos habitantes surgiriam espontaneamente a partir do crescimento econômico, sem a necessidade de regulação pelo Estado. No entanto, a maior divulgação, a partir do século XIX, de relatórios que descreviam as condições sanitárias, epidemiológicas e sociais da população, e que demonstravam uma irrefutável relação da doença com a pauperização, com a falta de abastecimento de água e de escoamento de refugos, com a sujeira e a aglomeração urbanas, tornou possível, pela primeira vez, que estratégias amplas de atenção à saúde pudessem ser organizadas.

Dessa forma, a tendência liberal presente no pensamento da época se inclinou, no âmbito das políticas públicas, cada vez mais para o lado do controle social. Para Rosen (1994, p. 172) “É um fenômeno notável, na História Moderna, que a liberdade econômica, longe de dispensar a necessidade de intervenção, controle e regulação pelo governo, tenha levado a um aumento das funções do Estado”. Revela-se igualmente interessante o fato que, no campo da saúde, a medicina tenha desempenhado um papel secundário no processo de organização de políticas públicas; na verdade, as principais modificações que deram origem às modernas intervenções da Saúde Pública se originaram primordialmente da constituição de um aparelho administrativo melhor organizado pelo Estado. Além disso, até então a ciência médica não podia contribuir de forma decisiva na resolução dos problemas da população, relacionados especialmente às grandes epidemias do período. Esta participação só se tornou possível com o

advento da microbiologia e com as descobertas da bacteriologia, ocorridas principalmente a partir das últimas décadas do século XIX.

É no contexto desta importante transformação do ambiente, das formas de relação e do sistema de trabalho que acompanharam a emergência do capitalismo, trazendo consigo uma nova necessidade de gerenciamento das condições de vida das comunidades, que Foucault (1998) descreve o desenvolvimento de uma nova “tecnologia da população”¹, segundo a qual os traços biológicos dos indivíduos passaram a ser um importante elemento relacionado à nova ordem econômica capitalista. Este autor sustenta que o modo de produção capitalista teria, pois, desenvolvido uma forma assistencial e administrativa de atendimento à população que socializou um primeiro objeto: o corpo enquanto forma de produção. O corpo passou a ser considerado em seu aspecto útil, em torno do qual organizaram-se dispositivos para assegurar o incremento de sua utilidade. A medicina moderna seria portanto uma estratégia biopolítica.

As novas características que as políticas de saúde assumiram na Europa, entre os séculos XVIII e XIX, desenvolveram-se, de acordo com Foucault (1998), através de duas estratégias de cuidado que se entrelaçaram e se apoiaram desde sua origem. Uma dessas faces seria privada, submetida aos interesses do mercado, cujas formas de intervenção se centrariam no exame clínico e em diagnósticos e terapêuticas individuais; a outra face, porém, seria socializada, compreendendo uma política médica apoiada na estrutura do Estado, cujo foco de atenção seria a saúde da população.

As características que as políticas de saúde assumiram a partir de então devem ser compreendidas a partir destas premissas, uma vez que delas são derivadas. Tais características podem ser divididas em dois focos distintos de privilégios:

¹ As tecnologias políticas de gerenciamento da população podem ser entendidas como um conjunto de práticas que investirão sobre o corpo, a saúde, as formas de alimentar e morar, enfim o espaço completo da existência humana.

(1) O privilégio da infância e da medicalização da família. O foco sobre a infância relacionou-se à diminuição das taxas de mortalidade infantil e também ao cuidado com as crianças até a idade adulta, de forma que a infância surgiu como um período importante da vida, um novo valor. Não bastava produzir um número maior de crianças; era necessário garantir sua sobrevivência em boas condições até a idade adulta. A saúde passou a ser um dos objetivos essenciais da família, que se transformou em agente constante da medicalização.

(2) O privilégio da higiene e o funcionamento da medicina como instância de controle social. A necessidade do Estado de uma sociedade higienizada (e assim mais produtiva) só pode concretizar-se através de uma aliança com a medicina, o que permitiu que esta se visse investida de grande poder. Ao mesmo tempo em que os médicos cumpriam uma tarefa essencial ensinando regras básicas de higiene à população e colaboravam na reorganização do espaço urbano segundo as premissas da higiene, abria-se espaço para intervenções autoritárias não só sobre o indivíduo, mas sobre toda a sociedade. Uma enorme ascendência médico-política sobre a população se instaurou e foi principalmente a função higienista do médico, associada ao exercício de uma forma administrativa de medicina, que lhe garantiu esta posição social, muito mais que sua atividade terapêutica individualizada, no exercício de uma medicina privada.

O estatuto médico se transformou, novas funções lhe foram acrescentadas, mas também novas exigências no exercício deste trabalho. A medicina e o médico sofreram uma normalização, que se iniciou na implantação de um controle rigoroso tanto na formação do médico quanto nas formas de transmissão de conhecimento; criaram-se também instâncias de controle da atuação profissional. Neste processo de medicalização da sociedade, o hospital mais tarde foi incorporado, tornando-se um instrumento terapêutico a serviço da medicina; antes disso ele próprio precisou ser “medicalizado”, pois até o século XVIII a instituição

hospitalar mantinha uma condição asilar, a serviço da exclusão do doente e cuja intervenção tinha pouco poder curativo².

Ainda de acordo com Foucault (1998), a problematização do hospital iniciou-se com um projeto para eliminá-lo, substituindo-o por outros mecanismos de atenção à saúde como a hospitalização domiciliar, aliada à distribuição de um corpo médico em vários níveis e locais da sociedade, capaz de oferecer um serviço não só acessível, mas gratuito ou a baixo custo, e à organização de um sistema de cuidados e distribuição de remédios que se realizasse sem recorrer à internação, à semelhança dos dispensários.

Esta eliminação do hospital, contudo, não se realizou. O que de fato ocorreu foi sua articulação a outras formas de cuidado – à família especialmente, mas também à rede extensa de cuidados médicos e ao controle administrativo da população. Antes disso, porém, foi preciso torná-lo terapeuticamente eficaz, além de eliminar todos os fatores que o tornavam perigoso aos seus usuários. Foi a partir do final do século XVIII que um novo olhar recaiu sobre o hospital, transformando-o. Os aspectos negativos presentes no hospital deveriam ser eliminados; estes estavam associados tanto à desordem econômica que os caracterizava então, quanto às características desfavoráveis à saúde, uma vez que eram importantes focos de transmissão de doenças. Esta reorganização da instituição hospitalar, porém, não se deu através de uma estratégia médica, mas política, desenvolvendo-se pela utilização de um dispositivo que Michel Foucault identificou como fundamental na organização das sociedades modernas: a disciplina.

² O hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era concebido para curar. Administrado por instituições religiosas em sua maioria, tinha por finalidade prestar socorro aos pobres, com um intuito que não era curativo mas exercia-se com a finalidade de isolar o doente do restante da sociedade. Os serviços eram prestados por religiosos e deveriam promover a salvação da alma (não do corpo), tanto dos que eram atendidos como daqueles que ali trabalhavam. Por outro lado, a figura do médico não se incluía no universo hospitalar, a não ser de forma esporádica. Até meados do século XVIII as séries *medicina* e *hospital* progrediram de forma independente e só às vezes se encontraram; até a Idade Média portanto o hospital não era uma instituição médica, nem a medicina era uma prática hospitalar. A este respeito consultar o trabalho de Foucault (1998, p. 99-111).

Por disciplina Foucault (1998, p.105) compreende “uma maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-los ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los”. Sem situá-la em nenhum lugar específico, instituição ou aparelho do Estado, define suas características: (1) é um tipo de organização do espaço, capaz de isolar, individualizar; (2) é fundamentalmente um controle do tempo, exercendo seu controle sobre o desenvolvimento das ações e não sobre seu resultado final, aplicando-se ao corpo de modo a torná-lo mais ajustado, mais apto e eficaz; (3) tem na vigilância um de seus principais instrumentos de controle, mas não um tipo de vigilância que se exerce de modo descontínuo; uma de suas principais características é que seja ou que se faça perceber como permanente, contínua e sem limites de penetração pelos indivíduos a ela expostos.

A introdução da disciplina na instituição hospitalar é que teria permitido a medicalização deste espaço. O fato de esta tarefa disciplinar ter sido confiada aos médicos exigiu, porém, um deslocamento da própria função da medicina, que associou à prática curativa uma atividade administrativa. Neste processo a medicina deixou de localizar a ação curativa somente no indivíduo para localizá-la também no ambiente, que passou a ser entendido como promotor de saúde ou doença. O surgimento desta medicina administrativa, socializada e socializante, marcaria pois o advento da medicina moderna.

Esta dupla confluência na origem do hospital moderno (disciplina associada à medicina de intervenção sobre o ambiente) trouxe para esta instituição algumas das características que guarda até a atualidade:

- (1) A questão do hospital passou a ser fundamentalmente uma questão de organização do espaço, tanto o espaço de sua localização nas cidades quanto o seu espaço interno. A própria arquitetura do hospital, sua instalação no espaço urbano, a distribuição espacial dos leitos, das áreas de intervenção cirúrgica e clínica, de

circulação de pessoas e de materiais passaram a ser consideradas, em si mesmas, terapêuticas ou patogênicas, devendo ser orientadas para a produção de saúde.

- (2) O exercício do poder em seu interior se transformou, passando a ser assumido pelo médico em detrimento de religiosos ou leigos com outras formações. Para isso foi necessário que o médico se fizesse presente com constância, o que levou ao surgimento, no final do século XVIII, da figura do médico de hospital. A visita médica ao doente ritualizou-se, manifestando esta tomada de poder.
- (3) Organizou-se um sistema de registro permanente de tudo o que acontecia, o que permitiu a construção de um saber minucioso sobre cada doente internado. Ao mesmo tempo, pela comparação de registros de várias instituições, tornou-se possível obter informações sobre uma vasta porção da população. Este saber construído na prática hospitalar passou a fazer parte da formação médica, permitindo regular a própria transmissão de conhecimento.

Caponi (2000), recorrendo às análises de Rosen e Foucault, observa que na emergência das principais instâncias voltadas para o cuidado da saúde a partir do século XIX (a medicina social, o hospital medicalizado, a clínica e a própria família burguesa) as estratégias próprias das sociedades disciplinares conviveram com antigas estratégias que caracterizaram as instituições assistenciais desde os séculos XVII e XVIII. Tais estratégias estão relacionadas a uma forma de exercício do poder que Foucault denominou “pastoral”³.

³ Originário do cristianismo, o “poder pastoral” tem como suas características centrais a responsabilidade, a obediência e um peculiar jogo de verdade. Seu objetivo final é assegurar a salvação individual do outro no mundo, através do cuidado tanto da comunidade como do indivíduo em particular, por toda a vida. Esta forma de poder contudo não pode ser exercida sem o conhecimento da mente das pessoas, implicando um saber da consciência e a capacidade de dirigi-la. Nos séculos XVII e XVIII o poder pastoral teve sua função destacada da instituição eclesiástica, secularizando-se e ampliando-se para todo o corpo social. Esta disseminação da pastoral cristã implicou em importantes alterações: (1) numa mudança no seu objetivo, de forma que a salvação passa a ter seu significado espiritual ampliado para incluir a saúde, o bem-estar, a segurança e outras formas de cuidado; (2) a administração do poder se reforça e se articula às instituições públicas, a empreendimentos privados (a filantropia especialmente), à família e a estruturas complexas como a medicina e a educação; e (3) esta multiplicação de objetivos e agentes do poder pastoral visava o desenvolvimento de um saber sobre o homem, interessado tanto em sua dimensão individual quanto coletiva (dirigida às populações). A este respeito indicamos consultar o trabalho de Foucault (1995, p.237-238).

Assim, se a transformação do hospital medieval foi possível pelo ingresso do poder disciplinar no âmbito do saber médico, o que alterou profundamente suas características e levou o hospital a tornar-se um espaço não só de cura, mas também de produção e transmissão de conhecimento, esta mesma instituição teria conservado um elemento derivado de seu passado de instituição caritativa: a colaboração na manutenção da ordem social através da assistência aos doentes necessitados manteve-se como um importante objetivo do hospital.

Ocupando uma posição fundamental na rede pública de assistência, para Caponi (2000) o hospital moderno estruturou-se a partir de um contrato que favoreceu a população ao mesmo tempo em que favoreceu os que promoviam os cuidados. O doente pobre passa a retribuir o cuidado recebido tornando-se objeto de observação clínica, contribuindo para a produção de um conhecimento que beneficiará a todos. A organização do hospital permitiu também uma proteção aos mais ricos dos perigos sanitários que os pobres representavam.

Dessa forma, o hospital moderno resultou num espaço onde a tecnologia pastoral se aliou à tecnologia disciplinar, no momento em que se estabeleceu um contrato pelo qual a saúde do pobre passou à responsabilidade do Estado benfeitor. Por um dever de reciprocidade, instaurado o momento em que a população pobre aceita este cuidado e proteção, esta “ingressa num âmbito onde não pode existir qualquer segredo, onde primam valores da transparência e da obediência.” (Caponi, 2000, p. 59). Esta mesma articulação entre a pastoral cristã e a tecnologia disciplinar estaria presente, segundo Caponi, em várias outras instituições, inclusive na família moderna, que seria um agente privilegiado de medicalização.

A partir destas considerações passaremos a refletir a respeito dos efeitos sobre a família dos modos de objetivação das relações que passaram a operar a partir da modernidade. Neste movimento, procuraremos recuperar a construção social da chamada família moderna, tanto na Europa quanto no Brasil, destacando especialmente algumas transformações que a função materna teria sofrido deste período até a atualidade.

2. A produção histórica da família moderna e a construção do ideal do amor materno

Gostaríamos a princípio de distinguir alguns conceitos que estão implicados de forma complexa quando consideramos a produção histórica da família moderna, de modo a tornar mais clara nossa reflexão: os conceitos de maternidade, maternagem e de vínculo mãe-filho (o “amor materno”).

Em todas as sociedades a capacidade biológica da mulher de gerar filhos tem sido valorizada, ainda que de modo mais ou menos intenso ao longo do tempo, uma vez que dela depende a própria preservação dos grupos familiar e social. Diversos registros históricos produzidos em várias culturas versam sobre a fertilidade feminina, valorizando-a e considerando a esterilidade como algo não apenas indesejável, mas como um castigo que comprometeria o papel social da mulher pela restrição imposta à sua possibilidade de constituir uma descendência.

Entretanto, a função biológica da maternidade deve se distinguir daquilo que se denomina como prática de maternagem. Historicamente o cuidado com crianças nem sempre foi pensado como intrinsecamente relacionado à maternidade, nem mesmo como sendo uma função feminina por excelência. De acordo com Héritier (2000, p.99), “os sistemas de filiação (...), os sistemas de parentesco (...), as modalidades de aliança matrimonial e os modelos de família são dados eminentemente sociais.”. Este fato se evidencia quando examinamos as diversas convenções que, sobre estas práticas, a cultura das sociedades estabelece, o que não permite que nenhuma delas seja tomada como necessária ou natural. Tal diversidade implica também em variações que as práticas de maternagem historicamente têm assumido, as quais não afetam exclusivamente o papel da mulher na família (e na sociedade), mas envolvem necessariamente todos os membros do sistema familiar. Decorre daí a necessidade de abordá-las sempre de forma relativa e pluridimensional.

Diversas revisões históricas que levam em conta a constituição familiar (ARIÉS, 1981; BADINTER, 1985; CHODOROW, 1990; DONZELOT, 1986) sugerem que, a partir do período moderno, uma progressiva valorização da infância contribuiu para tornar as práticas educativas e as condições de maternagem importantes temas de discussão. Se até este período as crianças detinham pouco valor social e seu cuidado era de responsabilidade de um número variado de pessoas (entre as quais nem sempre se incluíam seus pais biológicos), a partir de meados do século XVII sua sobrevivência ganhou progressiva importância, passando a família a responder por ela de forma cada vez mais direta e exclusiva.

Concomitantemente, a família neste período também se transformou, adquirindo uma nova configuração em relação às formas como se organizava anteriormente, reduzindo-se e nuclearizando-se num microsistema pai-mãe-filhos. Neste contexto, a exaltação do amor materno surgiu como um importante elemento, cuja mitificação pelos discursos filosófico, médico e político foi fundamental para a construção da chamada família moderna. A valorização do amor materno permitiu não só uma nova associação entre a maternidade (enquanto possibilidade biológica de gestar e parir) e as práticas de maternagem, mas também que esta relação adquirisse um caráter específico. A maternagem passou a ser vista como função primordialmente feminina e concernente à “natureza” da mulher, numa clara transposição social e cultural de sua capacidade biológica de dar a luz e amamentar, mas, muito além disso, matinar passou também a ser uma responsabilidade que a mãe deveria assumir pessoalmente.

Assim, acompanhando o processo de transformação da família, a relação entre mãe e filho adquiriu progressivamente uma nova importância, que superava a questão dos cuidados materiais com a criança, para envolver também o vínculo afetivo implicado nesta relação. Um papel crucial passou a ser atribuído a este vínculo no desenvolvimento da criança, mas

também na constituição psíquica da própria mulher e em toda a estrutura de relações familiares.

Dessa forma, a complexa associação entre os conceitos de maternidade (biológica), maternagem e vínculo afetivo entre mãe e filho mostra-se central em nossa reflexão, uma vez que acreditamos que o arranjo específico que adquirem relaciona-se ao contexto histórico de sua produção. Estas concepções, no entanto, não raras vezes são assumidas de forma pouco crítica e tomadas como equivalentes e intercambiáveis. Entendemos, porém, que sua distinção clara, bem como a consideração das diversas possibilidades que estes conceitos têm de se relacionar encontram especial importância na compreensão do processo de transformação da família que se iniciou no final da Idade Média, adquiriu contornos específicos durante os séculos XVIII e XIX, e ainda vem se desenrolando até os dias atuais.

2.1 O advento da família moderna e a transformação das práticas de maternagem

Badinter (1985) recuperou a condição de maternagem comum na Europa, especificamente na França até meados do século XVIII. Em seu trabalho identificou a desvalorização dada ao papel materno por toda a Idade Média, e mesmo na Antigüidade, como relacionada à ênfase no poder paterno que acompanhava a autoridade marital. O homem era então percebido como superior à mulher e à criança, diferença essa concebida como inerente à natureza humana, que o dotaria pois de uma autoridade natural sobre a esposa e os filhos.

A constituição da família portanto diferia muito, até o século XVIII, das formas de organização encontradas posteriormente e que se tornaram predominantes no período moderno, caracterizadas por sentimentos de ternura e intimidade ligando pais e filhos ou pela valorização da criança. Se o homem ocupava então um lugar central na família, a condição da esposa equiparava-se à da criança, ou seja, era de submissão à sua autoridade. O casamento

realizado por contrato, segundo as necessidades econômicas e as alianças políticas das famílias, inibia qualquer expressão de afetividade entre os cônjuges, sendo o amor conjugal considerado desnecessário a um bom casamento. Neste contexto, a posição ocupada pela criança também diferia daquela experimentada posteriormente.

Ariés (1981), num trabalho onde discutiu o desenvolvimento do sentimento de infância na Europa, sugeriu que seu aparecimento relacionou-se às transformações pelas quais a família medieval teria passado até adquirir as características identificadas na modernidade. De acordo com este autor, na Idade Média as crianças permaneciam pouco tempo vinculadas às suas famílias, até entre os 07 e 10 anos, quando eram entregues a outras famílias (por contrato ou não) para receberem instrução na condição de aprendizes. A aprendizagem não se exercia na condição formal da escola, mas confundia-se com o exercício das tarefas domésticas cotidianas, sendo o convívio constante com os adultos parte deste processo. Assim que podia prescindir dos cuidados da mãe ou de uma ama a criança passava à condição semelhante ao adulto, misturando-se a eles em todas as atividades sociais. A criança pequena não era tida em conta, o que de acordo com Ariés justificava-se em parte por sua fragilidade física, que tornava sua sobrevivência pouco provável nas condições da época.

Para Ariés (1981), já a partir do século XVII algumas transformações indicaram a emergência de um novo sentimento familiar, associado à valorização da infância. Entre outros citou a modificação dos hábitos educacionais, que passaram da aprendizagem cotidiana à escolarização maciça da infância; e a modificação da condição de transmissão de bens, passando a reconhecer-se a igualdade entre os filhos no direito à herança.

Estas modificações porém instauraram-se lentamente, não sem resistências, de forma que somente no último terço do século XVIII sua disseminação foi mais evidente. O foco ideológico, deslocando-se progressivamente da autoridade paterna para a idealização do amor materno, favoreceu o controle e a domesticação da mulher, restringindo seu papel social cada

vez mais à função materna, o que se justificava amplamente pela necessidade de garantir a sobrevivência das crianças.

Após 1760 inúmeras publicações passaram a exaltar o “amor materno” como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade, incentivando a mulher a assumir diretamente os cuidados com sua prole. Dessa forma, em defesa da criança dois diferentes discursos confluíram e modificaram a atitude da mulher perante os filhos: (1) um discurso econômico, resultante de estudos demográficos que, demonstrando a importância do numerário populacional para um país, alertavam para os perigos (e prejuízos) decorrentes de um suposto declínio populacional em toda a Europa; (2) uma nova filosofia – o liberalismo – que, aliando-se ao discurso econômico, favorecia ideais de liberdade, igualdade e felicidade individual.

No campo das relações sociais assistiu-se a partir de então à distinção progressiva entre os espaços públicos e privados de relação, acentuando-se a importância da vida privada.

Estudos atuais mostram como a vida coletiva vai dando lugar a um espaço privado de vida. As casas modificam sua arquitetura para reservar aos indivíduos locais privados; os nomes se individualizam; roupas, guardanapos e lençóis ganham marcas, de modo a permitir sua identificação. A vida do trabalho sai da casa para a fábrica, modificando o caráter da vida pública. A casa torna-se lugar reservado à família que, em seu interior, divide espaços, de forma a permitir lugares mais individuais e privados.(BOCK, 2001, p.19)

A relação conjugal modificou-se, uma vez que o antigo casamento por contrato não era conveniente aos novos ideais libertários e igualitários, passando o casamento por amor para a ordem do dia. A felicidade conjugal ganhou importância para a família e, ainda que a distinção entre homem e mulher permanecesse, a consciência social modificou-se em relação

ao sentido da família e da infância, alterando profundamente as relações marido-esposa e pais-filhos.

Articulando-se aos interesses econômicos do Estado, um outro discurso proferido por médicos, moralistas, administradores e chefes de polícia reforçava a necessidade de a mulher ocupar-se com os filhos, baseando-se principalmente no argumento de que esta seria a forma “natural” de cuidados com a criança e por isso a mais adequada. Uma vez que só a mulher era capaz de gestar e parir, seria pois concernente apenas à “natureza feminina” a educação e os cuidados com a prole.

Num estudo que denominou “história das mentalidades”, Donzelot (1986), baseando-se nos trabalhos de Foucault, identificou nas chamadas tecnologias políticas de gerenciamento das populações os elementos portadores das transformações que se verificaram nas condições de vida na França, a partir do século XVIII, e também em outros países da Europa. Em seu trabalho observou que, a partir de meados do século XVIII, o cuidado com as crianças passou a ser tematizado de várias formas na França, em publicações elaboradas por médicos, administradores e educadores, que questionavam as práticas de maternagem e os hábitos educativos em vigor. Esta crítica porém não se mostrava homogênea, mas distinta segundo a camada da população a que se dirigia.

Sobre a camada mais pobre incidiria uma crítica pela ausência do que chamou uma “economia social”: dirigia-se à prática da criação de filhos por amas-de-leite mercenárias e ao abandono de menores em hospícios. Ambas as ações tinham como consequência uma elevada mortalidade de crianças e especialmente a administração dos hospícios exigia investimentos crescentes do Estado dos quais a sociedade extraia mínimo benefício posterior, pois esta população carente raramente chegava à idade adulta, quando poderia compensar tais investimentos através do trabalho.

Sobre a extremidade mais rica da população incidiria uma crítica diferente, dirigida à ausência de uma “economia do corpo”. A necessidade de sobrevivência das crianças requeria também a modificação de hábitos antigos, como o recurso ao aleitamento mercenário, mas além disso exigia a alteração da forma como as crianças ricas eram educadas, em geral afastadas da família e reclusas em internatos e conventos até seu ingresso no mundo social adulto.

Conservar a criança significou, segundo Donzelot (1986), intervir nas famílias e reorganizar os comportamentos educativos em torno de dois pólos, com estratégias diferentes, porque dirigidas a classes distintas da população. Nas camadas abastadas, esta intervenção se deu pela difusão da medicina doméstica, enquanto conjunto de técnicas que permitiram às classes burguesas colocar seus filhos sob o domínio cotidiano dos pais – introduzindo portanto na família uma “economia do corpo”, na qual a disciplina através da vigilância e minucioso controle teria se mostrado essencial. Nas camadas populares, tal reorganização ocorreu através das estratégias da filantropia que, distinguindo-se das formas de caridade exercidas no antigo regime, compreendiam o desenvolvimento de um extenso e coeso aparato de tutela a estas famílias.

No segmento burguês da sociedade, esta ligação entre médico e família teria produzido modificações profundas na organização familiar: o fechamento da família sobre si mesma e um controle maior sobre a educação e os hábitos de todos os seus membros. A aliança entre o médico e a mãe teria beneficiado a ambos – à mulher, promovendo-a socialmente em função do desempenho cada vez mais exclusivo do papel materno; e ao médico, que teve seu poder reforçado contra as antigas estruturas de tratamento e cuidados leigos, contra a disciplina religiosa e também às formas tradicionais de educação (internato).

Se nas famílias burguesas houve esta ênfase nos laços afetivos, principalmente pela exaltação do amor conjugal e do amor materno, nas camadas populares assistiu-se à ruptura

dos tradicionais laços de pertença, que foram substituídos pelas políticas sociais de intervenção. As estratégias teriam se voltado muito mais ao “entrave de liberdades”, identificáveis segundo Donzelot no abandono de crianças (assumido ou não pelos pais), mas também nas uniões livres (concubinato) e ações de mendicância e vagabundagem. Nestas famílias observou-se um progressivo isolamento, pela desarticulação de antigas redes de relação e troca de favorecimentos.

Incentivando o cuidado das crianças pelas próprias mães através de auxílio financeiro, as novas políticas assistenciais promoveram, também nas camadas populares, o surgimento da “mãe medicalizada”, porém a um outro tempo e com outras conseqüências. Além do cuidado com os filhos, a mulher-mãe assume uma função médico-moralizadora que se amplia em direção a toda a família. De acordo com Caponi (2000, p. 87)

tanto a família popular quanto a família burguesa, por questões diversas mas solidárias, acabam reforçando uma coesão alicerçada em excluir o que é estranho. No caso da família burguesa, a coesão exclui os possíveis inimigos internos, os domésticos; no caso da família popular, exclui as tentações do exterior, os bares, a rua.

A vida privada nas famílias burguesas e populares, portanto, não será a mesma nem surgirá no mesmo momento, mas terá na figura da “mãe higiênica” um importante motor de organização. A partir do século XVIII e principalmente no século XIX, desenhou-se uma nova imagem da relação da mulher com o papel materno, segundo a qual o bebê e a criança transformaram-se nos objetos privilegiados de sua atenção. A devoção e presença vigilantes da mãe surgiram como valores essenciais, sem os quais os cuidados necessários à preservação da criança não poderiam mais se dar. A ampliação das responsabilidades maternas fez-se

acompanhar, portanto, de uma crescente valorização da mulher-mãe, a “rainha do lar”, dotada de poder e respeitabilidade, desde que não transcendesse o domínio doméstico.

No entanto, estratégias diferenciadas repercutiram em diferentes posicionamentos assumidos pela mulher e pela criança, conforme a classe social a que pertenciam. Na camada burguesa a mulher passou a assumir, além da função nutrícia, a de educadora e muitas vezes de professora. O discurso médico dirigido à mãe burguesa abre pois a possibilidade de gerar espaços de autonomia e até de intervenção social. Na medida, porém, que as responsabilidades aumentaram, cresceu também a valorização do devotamento e do sacrifício feminino em prol dos filhos e da família, que novamente surgiram no discurso médico e filosófico como inerentes à natureza da mulher. Assim, se por um lado as novas responsabilidades conferiram novo status à mulher na família e na sociedade, afastar-se delas passou a trazer enorme culpa, além de um novo sentimento de “anormalidade”, visto que se contrariava a natureza, o que só podia ser explicado como desvio ou patologia. Por outro lado, para as mulheres das camadas populares, a penetração do discurso higienista representou o perigo de uma intervenção não desejada em seus hábitos de vida que, segundo os novos preceitos da higiene, deveriam mudar radicalmente.

Em função de uma nova preocupação com a saúde e a sobrevivência dos indivíduos, a família aparece, na sociedade moderna, como sendo um agente fundamental de medicalização. Para Caponi (2000), sua importância e eficácia mostraram-se maiores que o novo modelo medicalizado de hospital na transposição de normas sanitárias do universo público ao privado, mas também na disseminação de novas normas de moralização de costumes e hábitos.

Acompanhando esta valorização do papel materno, o papel paterno experimentou, também a partir do século XVIII, fortes alterações que restringiram seu valor à condição de provedor material da família, estando sua autoridade identificada com o cumprimento desta

função. Nas camadas populares a ausência paterna e/ou o descumprimento de suas funções foram progressivamente assumidas pelo Estado através de suas instituições. Para a burguesia, foi o discurso do especialista que ocorreu à família oferecendo novo padrão de atitudes, uma vez que este padrão não provinha mais do modelo parental.

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

De acordo com Algranti (1997), entre os séculos XVI e XVIII a organização familiar colonial marcava-se pelos mesmos elementos que influenciaram profundamente a formação da sociedade brasileira.

Nos núcleos urbanos, o que se nota é uma sociabilidade que corre de modo predominantemente fora de casa, pautada por um mundo em que todos se conhecem, e em que se identificam socialmente pelas suas vestes, pelos ofícios. [...] No mundo rural, as grandes distâncias e o isolamento nem sempre favoreceram a intimidade, quer pela presença de muitos escravos nos latifúndios, quer pelo próprio caráter das relações de dominação típicas da sociedade colonial (ALGRANTI, op. cit. p.152).

No ambiente doméstico notava-se a mesma ausência de definição de espaços privados. No interior da casa, trabalho e convivência familiar se sobrepunham e pouca ou nenhuma distinção fazia-se no uso dos cômodos. Nas atividades cotidianas, geralmente relacionadas à subsistência, senhor e escravo conviviam lado a lado. Também no cuidado com a criança

nenhuma indicação restou de que lhe fosse reservado um espaço ou uma forma de tratamento que a diferenciasse dos demais membros da família.

Além da dificuldade em delimitar-se uma vida privada neste período, estudos atuais questionam a existência de uma forma única assumida pela família na colônia, tanto se for considerada toda a extensão temporal do período colonial (mais de três séculos) quanto ao levar-se em conta a diversidade da ocupação do território numa mesma época, que se desenvolvia de forma variada conforme a região. “Tantas foram as formas que a família colonial assumiu, que a historiografia recente tem explorado em detalhe suas origens e o caráter das uniões, enfatizando-lhe a multiplicidade e especificidade em função das características regionais da colonização e da estratificação social dos indivíduos.” (ALGRANTI, 1997, p.87).

Assim como na Europa, também no Brasil o desenvolvimento da organização e dos sentimentos presentes na família moderna, incluindo aqueles relacionados às práticas de maternagem, foram marcados pelas intensas modificações ocorridas pela ascensão burguesa no final do século XVIII, embora aqui revestidas de características específicas. No início do século XIX, em consequência da instabilidade política vivida pelos regimes absolutistas na Europa, a família real portuguesa e toda a corte transferem-se para o Rio de Janeiro, que vê sua condição de país colônia modificar-se subitamente. A administração portuguesa, agora sediada no Brasil, desenvolveu um novo tipo de interesse pelas cidades brasileiras. Neste movimento promoveu-se uma “reeuropeização” dos costumes coloniais pela transposição para o Brasil de hábitos relativos a uma cultura gestada na Europa.

Sob influência das idéias de Foucault e seguindo o trabalho de Donzelot, Costa (1989) analisou a modificação de costumes e o processo de higienização da família no Brasil, entre os séculos XVIII e XIX, que acompanharam a transformação da família colonial. Num processo de progressiva “estatização” dos indivíduos, produziu-se o que este autor denominou

“família colonizada”. Este processo envolveria estratégias disciplinares e teria se dirigido exclusivamente às famílias de extração elitista, não atingindo as camadas menos favorecidas (que incluíam os escravos), embora o autor reconheça que o modelo familiar dele resultante tenha se mostrado fortemente hegemônico por um longo período na sociedade brasileira⁴.

Segundo Costa (1989), o novo Estado brasileiro encontrava na família colonial um forte obstáculo à sua consolidação, em razão das características que esta foi adquirindo durante o extenso período que se seguiu do descobrimento até o século XVIII. Tendo-se instalado à distância do governo central, o colono estabeleceu-se como praticamente o único responsável pela ocupação do território; a intervenção da coroa portuguesa apenas ocorria em situações graves, de ameaça ao seu poderio. Nestas condições “a família ‘latifundiária’ acumulou uma massa de poder que, em breve, competia com o poder da metrópole.” (COSTA, op. cit., p.36).

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

A higienização das cidades, estratégia do Estado moderno, esbarrava freqüentemente nos hábitos e condutas que repetiam a tradição familiar e levavam os indivíduos a não se subordinarem aos objetivos do governo. A reconversão das famílias ao Estado pela higiene tornou-se uma tarefa urgente dos médicos. [...]. No curso do

⁴ O emprego das teses foucaultianas na sociedade brasileira pode ser problemático. No Brasil a difusão da disciplina (estratégia empregada pelo Estado moderno como alternativa às formas mais cruas de dominação características do poder soberano) organiza-se de forma bastante específica, ou seja, convive com um alto grau de violência, seja num mesmo espaço, seja pela oposição entre espaços disciplinares e espaços de violência explícita. Entretanto, para Adorno (2000), as instituições disciplinares, com seu modelo normativo, podem encontrar modos de convivência com formas mais diretas de violência. Segundo este autor, na passagem do século XVIII para o século XIX, a transição do poder soberano para a era das disciplinas não significou, no Brasil ou em outros países, o fim da violência como forma de punição e dominação, mas sim sua *retração* para o interior das prisões e dos espaços de enclausuramento.

Segundo Império, sobretudo, a medicina social vai dirigir-se à família ‘burguesa’ citadina, procurando modificar a conduta física, intelectual, moral, sexual e social dos seus membros com vistas à sua adaptação ao sistema econômico e político. (COSTA, 1989, p.30-33)

Segundo este mesmo autor, no Brasil como na Europa, o processo de “estatização dos indivíduos” teve sobre a mulher um efeito específico: sua redução à figura da “mãe higiênica”. Esta nova condição, contudo, só foi possível através da aliança da família com o poder médico, ou seja, na produção da “mãe higiênica” foi fundamental o discurso higienista, no ataque tanto ao aleitamento mercenário (no Brasil realizado por escravas) como responsável pela mortalidade infantil, quanto à suposta deformação moral das crianças pelo cuidado e convivência com amas e lacaios negros.

O comportamento, comum entre as mulheres da sociedade da época, de recusa ao aleitamento materno foi codificado também no Brasil, pelo discurso higiênico, como uma infração às leis da natureza, o que permitiu não somente a culpabilização das infratoras, mas a instalação de um sentimento de anomalia. Além disso, a insistência dos médicos quanto à amamentação permitiu que se regulasse a vida da mulher, confinando-a por um longo período ao ambiente doméstico (os períodos de aleitamento se estendiam por dois anos ou mais), porém voltando sua atenção ao cuidado, à educação e à vigilância não só da criança, mas da família. Também aqui os cuidados maternos passaram a ser valorizados e este novo olhar sobre a criança possibilitou que o “amor materno” pudesse se manifestar, tornando-se não somente desejável, mas “natural”. Assim, por todo o século XIX deu-se a adaptação do modelo de família burguesa européia à sociedade colonial brasileira que, com o auxílio dos médicos higienistas, adquiriu aqui um “colorido tropical”.

No Brasil como na Europa a figura do especialista mostrou-se fundamental na organização das configurações que a família adquiriu na modernidade. Se no início foram os

médicos higienistas, mais tarde a eles somaram-se os pedagogos, psiquiatras e depois os psicólogos e psicanalistas – que, através de suas intervenções contribuíram na construção de normativas para regular a vida familiar e individual, as quais passaram a ser seguidas não mais a partir da imposição ou pelo receio da punição, mas pelo desejo cultivado e orientado de uma vida normal e saudável.

Caponi (2000, p.91) observa, com muita propriedade, que a aceitação da articulação entre estratégias de assistência e vigilância como instâncias modeladoras das condutas dos sujeitos deveu-se principalmente ao fato de que estas novas estratégias permitiram conquistas efetivas: a diminuição da mortalidade infantil, a criação de leis de proteção ao trabalho da criança e a instituição da escolaridade obrigatória, entre outras. Além disso, “os novos padrões morais e a rigidez dos higienistas, dos filantropos e dos programas de assistência eram, na verdade, uma boa alternativa a velhas estruturas de poder essencialmente punitivas e opressivas que pareciam destinadas a desaparecer.” Dentro da família, ofereciam a possibilidade de maior autonomia para mulheres e crianças frente ao poder patriarcal. Externamente, permitiam a independência das famílias de antigas formas de solidariedade popular (muitas vezes também despóticas).

Esta mesma autora lembra ainda que uma crítica às estratégias historicamente presentes nas diversas formas de assistência à população não pode, obviamente, ter como finalidade o retorno a formas pré-higienistas de cuidado, mas deve considerar uma complementaridade existente entre o poder disciplinar, a filantropia e o surgimento da família higiênica no momento de elaborar reflexões que sustentem novas formas de intervenção. Em sua opinião, uma mesma articulação entre estratégias disciplinares e poder pastoral, presente na organização do hospital medicalizado, se mostraria essencial também na transformação que a instituição familiar e o papel materno sofreram na modernidade: “a mãe higiênica garante a coesão da família, seu isolamento em relação às antigas solidariedades populares ou

às intromissões na vida doméstica. (...) Isso pelo uso de recursos que iam dos preceitos higienistas aos religiosos, de tal modo que nem sempre podiam ser diferenciados.” (CAPONI, 2000, p.94).

2.2 A psicologização da família e a construção de uma “nova maternidade”

Cabe agora refletir a respeito das condições de maternagem e das características que o sentimento materno tem assumido na sociedade contemporânea, sempre tendo em conta o papel que as modernas estratégias de objetivação das relações vêm desempenhando na organização de tais configurações na atualidade. Nesta reflexão, a participação das práticas discursivas e não discursivas da medicina e da psicologia será central.

Analisando as sociedades capitalistas avançadas, especialmente a norte americana, Lasch (1983) aponta a emergência do “homem psicológico” dos nossos tempos como produto final do individualismo burguês, do modo de vida numa sociedade que encoraja traços narcisistas de forma crescente. Rompendo com valores do passado, entre os quais aqueles que priorizam experiências afetivas construídas a partir da vida coletiva, este “homem psicológico” afasta-se também de antigas tradições de auto-suficiência, o que mina sua competência cotidiana. No lugar de acorrer à própria experiência para referenciar sua busca de satisfação e realização pessoais, serão os especialistas que passarão a definir as novas necessidades desse “novo homem” e, conseqüentemente, as formas de satisfazê-las; estas se tornarão cada vez mais mediadas pelo saber e pela intervenção técnicas. Os discursos da psicologia e da psicanálise, construídos em conformidade com uma perspectiva centrada no indivíduo, passam então a ser amplamente disseminados na sociedade contemporânea, muitas vezes de forma pouco crítica.

Com relação ao papel da mulher no cuidado com os filhos, este tornou-se, no último século tanto mais exclusivo quanto menor tornava-se a determinação biológica para a

maternidade. Enquanto as taxas de natalidade caíam, a escolarização das crianças tornava-se mais precoce e as mulheres mais presentes no mercado de trabalho, tanto mais crescia a ideologia da “mãe moral”. Segundo Chodorow (1990, p.19) “Nos Estados Unidos, o período capitalista inicial produziu uma ideologia da ‘mãe moral’: as mulheres burguesas deviam agir ao mesmo tempo como educadoras e modelos morais para seus filhos, assim como alimentadoras e guias morais para seus maridos na sua volta do mundo de trabalho imoral e competitivo”.

Esta autora indicou a psicanálise, a psicologia e a sociologia pós-freudianas como importantes fontes dos argumentos que contribuíram para a idealização e o reforço do papel materno, na medida que enfocaram a relação mãe-bebê como decisiva no desenvolvimento da criança. Sobre este aspecto cabe lembrar que autores como Klein (1986a; 1986b) e Winnicott (1983; 1988a; 1988b; 1993a; 1993b) dedicaram-se exaustivamente ao estudo das chamadas relações objetais primitivas, tendo sido fundamental no trabalho de Winnicott a valorização do ambiente no desenvolvimento infantil e a definição da figura da “mãe dedicada comum” (WINNICOTT, 1988b, p.494), como aquela capaz de promover a integração das características próprias de cada criança e de diferenciar cada bebê de outro, servindo assim de apoio indispensável à organização da personalidade individual.

No contexto brasileiro a ênfase no individualismo e a disseminação dos discursos da psicologia e da psicanálise ocorreram de forma acentuada nas camadas médias urbanas, mais intelectualizadas e afeitas à ideologia burguesa, tendo se exacerbado com o processo de modernização acelerada pelo qual o país passou a partir de meados da década de 60. Referindo-se a este processo, Araújo (1996) afirma que

No caso do Brasil, todas essas mudanças econômicas, sociais, políticas e psicológicas produzidas no cotidiano dos indivíduos e das famílias, aliadas à

situação de insegurança, repressão e falta de perspectiva política geradas pelo autoritarismo militar, aumentaram consideravelmente a busca de terapia como forma individual de resolver conflitos. Na década de 70, assistimos a uma enorme expansão da psicanálise e de outras formas de terapias. Esse fenômeno é descrito pelos analistas como o ‘boom’ da psicanálise. (ARAÚJO, 1996, p.51)

Estudos brasileiros realizados na década de 80 (SALEM,1985; LO BIANCO,1985; ALMEIDA;1987) acerca das modificações ocorridas nos processos de subjetivação associados às alterações observadas na realidade concreta, muitos deles enfocando famílias de camadas médias urbanas, apontaram para a influência dos discursos da psicologia e da psicanálise neste processo. Esta influência, denominada por alguns autores de “cultura psicanalítica”⁵, teria contribuído para que aos papéis materno e paterno fosse acrescida uma perspectiva cada vez mais individualizante.

Para Salem (1985), a partir da década de 80, as representações de maternidade/paternidade passaram, nas camadas médias urbanas, a serem vistas como situações que deveriam ser elaboradas e discutidas, o que passou a exigir forte investimento emocional do homem e da mulher. Estes papéis deixaram de ser percebidos como auto-evidentes, dando origem à busca de uma “nova maternidade” e uma “nova paternidade” correspondente. Nesta construção, a valorização do compromisso emocional do casal com a criança passou a ser intensa, iniciando-se já na gravidez. A participação do pai no parto e nos cuidados com o bebê surgiu como elemento fundamental deste processo. Quanto à mulher, passou-se a valorizar a dedicação total à criança, dispensando-se o auxílio de enfermeiras, babás ou mesmo da família. O casal portanto deveria assumir todos os cuidados com o bebê, desde o início.

⁵ A “cultura psicanalítica” pode ser definida como o efeito da difusão de conhecimentos oriundos da psicologia e da psicanálise na sociedade, de forma que o cotidiano de um grupo passa a ser compreendido e tematizado por suas normas. A este respeito ver Figueira (1985).

De um ponto de vista formal, este arranjo contém um sabor de ‘déjà vu’: de fato, suas coincidências com a retórica rousseuniana sobre a ‘boa mãe’ são patentes. Contudo, há uma autoconotação vanguardista reclamada pelos casais grávidos: ela não apenas se ancora na ênfase à participação do homem desde a gravidez como também se afirma a partir do diálogo que estes casais estabelecem com a geração precedente. (SALEM, 1985, p.41-42)

Quanto a este último aspecto, estruturou-se neste período uma nova ideologia educacional, tendo como modelo negativo as famílias de origem, e que se ancorou em valores como o afeto, a atenção à subjetividade e um relacionamento mais igualitário e livre entre pais e filhos.

O projeto do “casal grávido” entretanto só fazia sentido dentro do ideário do grupo social a que pertenciam estes indivíduos, segundo o qual a própria representação de casal baseava-se na ética da igualdade entre gêneros, mas estava “também comprometido com outras ondas ideológicas igualmente significativas, como a recente valorização do subjetivo, do emocional e dos aspectos psicológicos individuais.” (SALEM, 1985, p.41).

A autora concluiu pela dificuldade da efetivação deste projeto, embora tenha destacado que, na tentativa de sua implementação, foram significativas as revisões efetivadas pelos casais com relação aos papéis materno e paterno. Apontou também para a importância da participação dos médicos obstetras, psicólogos e outros técnicos envolvidos no acompanhamento do casal: ocupando um lugar que anteriormente era da família extensa, reforçando a contração da sociabilidade do casal, suas intervenções terminavam por demandar uma maior dependência daqueles mesmos especialistas.

Lo Bianco (1985) identificou um outro aspecto envolvido na revisão do papel materno e na construção desta “nova maternidade”: “a psicologização do feto”. Este processo

implicaria num tipo de relação com este que anteciparia sua condição de bebê, pela atribuição de uma individualidade afetiva. Os procedimentos médicos e de preparação para o parto incrementariam este ideário: os registros sonoros e de ultra-sonografias, permitindo a visualização do feto, antecipariam a atribuição de sua identidade, permitindo desde cedo que a mulher lhe atribuísse características próprias, uma personalidade individual.

Em sua análise a autora incluiu este processo no contexto mais amplo das modificações sócio-culturais que alteraram o papel materno, pela modificação do próprio papel da mulher e da família nas últimas décadas do século XX. Se nos últimos dois séculos o papel feminino foi marcado por uma relativa estabilidade e por sua redução ao papel materno, na década de 80, embora esta vinculação não tenha desaparecido, passou a mostrar-se menos estável no contexto de algumas classes sociais, particularmente nas camadas urbanas mais jovens.

De acordo com a autora, já não era mais possível pensar o papel materno como o único disponível para as mulheres, embora este permanecesse quase obrigatório e claramente central. Percebia-se então “uma ênfase simultânea na importância e obrigatoriedade da maternidade e na importância e possibilidade de desempenho em outros papéis não relacionados ao ser mãe.” (LO BLANCO, 1985, p. 97). Esta dupla ênfase passou a traduzir-se numa experiência contraditória e ambivalente em relação ao papel materno. A “psicologização do feto” teria surgido no contexto desta ambivalência, como tentativa de recriar a experiência materna em novas bases.

Embora valorizada e extremamente investida afetivamente, a gravidez não podia tornar-se central e exclusiva na vida daquelas mulheres, o que representaria um retrocesso à forma tradicional de vivenciá-la; o papel feminino deveria conter o papel materno, sem deixar-se englobar por ele. Contrariando tamanha ênfase na gestação e no feto, surgia nas mulheres das classes médias uma freqüente irritação ao verem-se reduzidas ao papel materno,

mesmo quando isso ocorria através de gentilezas e concessões à sua condição de gestante. O tradicional vestuário de grávida passou a ser recusado, tendência que se confirmou posteriormente até o total desaparecimento de trajes específicos da gravidez. Na década de 90 a exibição da barriga popularizou-se, porém sempre associada a roupas que traduzissem juventude adolescente e um padrão de elegância (ou extravagância) típico de mulheres não-grávidas.

Almeida (1987) buscando captar os elementos que conduziram à construção deste novo modelo de maternidade, alternativo ao padrão vigente, também identificou a emergência, na década de 80, de um “sentimento moderno de maternidade”. A família de origem deixou de ser a principal referência na constituição deste modelo, sendo substituída pelo especialista ou por grupos de pares.

Nas camadas médias da população, a diferença desapareceu como princípio lógico e exclusivo na organização das experiências sociais e familiares: homem/mulher, pai/mãe, marido/esposa, adulto/criança deixaram de ter seus papéis sociais estabelecidos apenas a partir de diferenças sexuais e de uma estruturação hierárquica. Na experiência pessoal, a vivência da gravidez não era mais percebida como qualitativamente diversa do período não-grávido, levando ao desaparecimento das distinções quanto à rotina, postura, vestuário. A presença do marido em todos os momentos da gestação passou a ser valorizada. A gestação para estas mulheres passou a ser percebida como escolha pessoal, devendo ser problematizados todos os aspectos relacionados à sua evolução.

Almeida (1987) também destacou especialmente a relação estabelecida pelas mulheres nos anos 80 com o que chamou “profissionais da gravidez”. Se anteriormente o acompanhamento da gestação restringia-se ao obstetra, uma série de outros profissionais inseriu-se neste processo: nesta época passaram a estar presentes especialistas em psicologia e em trabalhos do corpo aplicados à gravidez e ao parto. Estes profissionais tornaram-se

responsáveis, junto às mães, pela construção e divulgação de um “paradigma alternativo” na concepção do papel materno.

Na visão da autora, este novo paradigma mostrou-se essencialmente reativo aos antigos valores e crenças, que passaram a ser atacados e atingidos basicamente através de seus representantes - a família de origem, a ideologia médica tradicional, mas também outras gestantes contemporâneas que não se filiavam ao novo modelo. Uma postura de afastamento e crítica (superficial) era favorecida, especialmente através dos profissionais ‘psi’ que, juntamente com os grupos de pares, passaram a ser tomados como *locus* de estabelecimento de novos valores, supostamente porque incentivariam a emergência de um desejo individual em relação à maternidade.

Para Almeida (1987), esta atitude dos especialistas conteria na verdade um padrão disciplinador sutil. A ideologia alternativista não seria, contudo, percebida como tal, confundindo-se com a crença na aquisição de modalidades de liberação frente a condutas e valores antigos. Estas relações estariam compreendidas, portanto, num campo rigorosamente disciplinar; sua “novidade” estaria no fato destas estratégias de controle e convencimento serem percebidas como concernentes ao desejo do próprio sujeito, o que favoreceria grandemente a adesão às normativas.

Nas últimas décadas, o progresso científico proporcionado pela medicina e pela tecnologia de ponta, aliado às transformações do papel da mulher na sociedade, evidenciadas especialmente a partir do movimento feminista, têm trazido novas e importantes questões para a família e certamente repercutirão em novas possibilidades de configuração subjetiva. A mulher, depois de conquistar a liberdade de exercer sua sexualidade desvinculada do matrimônio, de planejar e decidir a maternidade, de adiá-la até o momento que considera propício às circunstâncias de sua vida, de interromper uma gestação por meios seguros

(embora ilegais no Brasil), pode também optar por viver a maternidade sozinha, sem que isso signifique uma condenação social.

Mais que assumir a maternidade fora da condição do casamento, hoje a mulher pode tornar-se mãe sem depender da presença concreta de um companheiro, podendo fazê-lo amparada pelos avanços das técnicas de fertilização assistida. Estas novas tecnologias reprodutivas permitem a gestação em condições anteriormente impensáveis, tanto do ponto de vista médico quanto social. Aliadas a estes avanços, as técnicas de cuidados a recém-nascidos que reduzem drasticamente a mortalidade de crianças, mesmo quando nascidas muito prematuras ou gravemente doentes, certamente repercutirão na organização familiar e nos sentimentos relacionados à maternidade.

Correia (1998), num artigo em que refletiu a respeito das novas tecnologias reprodutivas como a inseminação artificial, a fertilização in vitro e suas diversas variantes, incluindo doações de células reprodutivas (óvulos e espermatozóides) e de embriões, aluguel ou empréstimo de útero, até a possibilidade de clonagem humana, lembra que estes avanços devem sempre ser considerados a partir de sua relação com a questão central que envolve a reprodução humana: sua imbricação com a reprodução social. Sob este prisma, alerta para o risco destas tecnologias de ponta, quando dirigidas a aspectos tão permeados de significação quanto à produção e a manutenção da vida humana, assumirem um caráter não tão moderno assim mas que, lembrando as antigas práticas higienistas, reforcem “o velho papel da medicina na construção de significados em torno da maternidade e da paternidade.” (CORREIA, op. cit., p.132).

Para esta autora, a medicalização da procriação não pode ser dissociada do amplo processo histórico de medicalização da sociedade, desencadeado a partir do século XVIII, e que atinge agora dimensões inusitadas, uma vez que o controle dos corpos e da vida passa a envolver os indivíduos antes mesmo de sua concepção. Acreditamos que novas fronteiras de

debate se configuram incessantemente, em particular a partir da possibilidade técnica de gestão do patrimônio genético do ser humano, o que exige que as construções no campo simbólico e especialmente no campo da ética sejam permanentemente revistas, de forma cuidadosa e crítica.

2.3 A incorporação dos discursos e práticas “psi” às políticas e programas de saúde no Brasil

Na década de 80 os efeitos de uma progressiva individualização e “psicologização” das relações na sociedade se fizeram sentir de maneira mais aguda nas camadas urbanas da população, intelectualizadas e familiarizadas com o universo de valores da classe média. Nos últimos anos a participação de profissionais “psi” em trabalhos dirigidos a outras camadas sociais acentuou-se. O aumento desta participação deu-se, em parte, em função do empobrecimento geral da população durante os anos críticos da década de 90, obrigando estes profissionais a se dirigirem a outros campos de trabalho além do consultório particular, mas fomentou-se também pelo crescimento assombroso no número de profissionais das áreas “psi” no mercado, em função do fenômeno conhecido como “boom da psicanálise” nas décadas anteriores, que trouxe, entre outras coisas, um aumento na procura por cursos de formação em psicologia e por instituições de formação de psicanalistas ou terapeutas de orientação analítica.

A penetração desta forma de discurso favorecia e era favorecida pela ordem econômica vigente. A presença de profissionais “psi” nos meios de comunicação de massa tornou-se cada vez mais freqüente, veiculando conselhos e orientações através de jornais, revistas e da televisão. Suas abordagens, muitas vezes conferindo grande valor aos aspectos subjetivos das relações e ao desenvolvimento da individualidade, terminavam por favorecer um aporte individual para questões em que o contexto sócio-econômico e político do país

estava fortemente implicado, contribuindo ainda para a generalização de alternativas específicas a um determinado contexto populacional para toda a sociedade.

No campo da saúde, a partir do final da década de 70 um amplo movimento mundial modificou a maneira como os serviços de atenção à população se organizavam, a partir da revisão do próprio conceito de saúde. Em 1978 a Conferência Internacional sobre Atenção Primária, realizada na cidade de Alma-Ata, reiterou a saúde – definida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social – como um direito fundamental do homem, sendo sua obtenção um importante objetivo social a ser perseguido por todos os setores da comunidade. Dessa forma, englobou a participação de todos os setores e campos de atividades ligados ao desenvolvimento de um país, através de esforços coordenados, para a organização de serviços de prevenção, tratamento e reabilitação dos principais problemas de saúde da comunidade.

Nestes termos, a Declaração de Alma-Ata, subscrita pela Assembléia Mundial de Saúde e pela Assembléia Geral das Nações Unidas, fomentou a inclusão de profissionais de áreas não médicas e de membros da comunidade para que, com o devido treinamento social e técnico, atuassem juntamente com os profissionais da área médica, como uma equipe na abordagem de problemas de saúde.

O advento do chamado “paradigma biopsicossocial”, preconizando um novo tipo de intervenção através das equipes multiprofissionais, levou um grande número de psicólogos a atuações relacionadas aos setores básicos (chamados primários e secundários), ampliando intervenções antes dirigidas somente às instituições psiquiátricas para atingir as Unidades Básicas de Saúde, os ambulatórios e hospitais gerais. No Estado de São Paulo, a partir de 1983, psicólogos passaram a integrar as equipes mínimas de saúde. Gradativamente esta mesma participação difundiu-se por todo o país, ainda que com menor ou maior atraso em cada Estado. A psicologia, acompanhando a medicina, passou a ter lugar em inúmeros

programas de saúde pública, colaborando na organização de novas (novas?) formas de cuidado aos indivíduos, como o “Programa de Saúde da Família” e o “Programa Canguru”.

Estas novas inserções profissionais trouxeram a necessidade de rever alguns conceitos essenciais adotados nos trabalhos relacionados à família. Estudos realizados na década de 90 passaram a questionar a própria categoria “família” (DUARTE, 1995), apontando a heterogeneidade de suas formações, e reconhecendo a multiplicidade de formas e sentidos que este termo tem adquirido no contexto brasileiro.

Organizando-se de forma distinta das famílias de classe média ou de elite, as famílias de camadas populares representam um desafio para as políticas sociais que as têm como objeto. Para Carvalho (1995) as políticas sociais no Brasil têm-se inspirado em políticas de bem-estar e de direitos sociais cunhadas em outros países capitalistas do ocidente, o que lhes têm imprimido características institucionalizadas e que elegem o indivíduo (em detrimento dos grupos e das comunidades) como foco privilegiado de atenção. Assim, ao privilegiar o indivíduo como portador de direitos, a família e a comunidade passam a ser substituídos por serviços institucionalizados, os quais em geral ignoram ou desconsideram em sua estruturação as características da organização familiar nestas camadas da população e que tomam os processos de subjetivação como homogêneos e identificados com um modelo idealizado, próximo daquele adotado nas camadas médias.

Ainda de acordo com Carvalho (1995), desse modelo de política social resultariam três processos importantes: (1) o favorecimento dos direitos dos indivíduos “per si” (direito da criança, da mulher, do idoso, do negro, do deficiente, etc); (2) a fragmentação dos indivíduos na forma de atenção pública, em consequência da transformação de necessidades em direitos “per si” (direito à educação, à saúde, ao transporte, ao lazer, etc); (3) a psicologização das relações sociais.

Além disso, as políticas sociais no Brasil têm se desenvolvido de forma extremamente centralista, resistente a uma efetiva reestruturação de competências entre as esferas públicas municipais, estaduais e federais. Segundo Luz (2000), no campo das políticas públicas, o Estado brasileiro viu-se marcado por duas dicotomias históricas permanentes, que produzem um antagonismo constante entre a prestação de serviços à população e sua gestão (concepção de programas e controle de seu financiamento). Dessa maneira, um centralismo político no campo decisório associa-se freqüentemente a um regionalismo no desempenho de determinadas funções de forma contraditória, pois aparentando favorecer a descentralização através de programas de privatização e desmonte do aparato estatal, o Estado neoliberal tem promovido a centralização dos recursos públicos na União, concentrando o poder decisório quanto à aplicação de recursos nos ministérios da área econômica. A prestação de serviços, entretanto, é progressivamente delegada aos municípios, gerando uma tensão constante entre as diversas esferas de governo.

Esta descentralização incompleta, sem a desconcentração de recursos compatível, tem tido como conseqüência a priorização de determinados programas verticais, que nem sempre mostram-se adequados às necessidades locais da população, enquanto programas e serviços locais tendem a inviabilizar-se por falta ou insuficiência de recursos, deixando sobre os profissionais de saúde das unidades a responsabilidade por seu fracasso perante a população. Por outro lado, estes mesmos profissionais vêm-se diante da necessidade de adaptar programas estruturados a partir de análises macroscópicas (como as análises de mortalidade infantil discutidas no Capítulo I deste trabalho) à demanda de suas unidades.

Organizados a partir de modelos idealizados por gestores freqüentemente desconectados das características e necessidades da população aos quais devem atender, tais programas requerem condições específicas (ideais) para sua implementação, nem sempre consonantes às práticas realmente desenvolvidas em sua execução. “Dessa forma, algumas

necessidades de saúde não são objeto de demanda; outras não são satisfeitas pelos serviços; outras não correspondem às necessidades reais da população e sim a interesses institucionais” (PINHEIRO e LUZ, 1999, p.19).

A complexidade destas necessidades raramente é apreendida por modelos idealizados e verticais, entre os quais podemos citar o Programa Canguru, cuja base está na racionalidade médica e econômica e cuja concepção centra-se em conceitos de família e de maternidade que podem ser muito distintos daqueles presentes na população efetivamente envolvida em suas práticas. Esta dissonância dificulta a operacionalização deste tipo de proposta, uma vez que suas ações são planejadas a partir de concepções, valores e experiências materiais que, se tomados de forma pouco crítica, podem ser assumidos como estáveis e homogêneos.

Além disso, a persistência de um modelo de atenção à saúde que tem suas práticas determinadas por políticas centralistas, além de comprometer o desenvolvimento de muitas ações, tende a tomar o usuário apenas como um objeto de intervenção, oferecendo-lhe pouca (ou nenhuma) oportunidade de opinar sobre o cuidado que recebe e dificultando seu envolvimento, de modo responsável e participativo, com o destino de sua própria saúde.

CAPÍTULO III

A PERSPECTIVA TEÓRICA DA ANÁLISE DO DISCURSO

Neste capítulo discutiremos brevemente os fundamentos teóricos da Escola Francesa da Análise do Discurso (AD), método que nos auxiliará na análise dos dados desta pesquisa. Entretanto, embora a base conceitual da AD proposta por Michel Pêcheux, no que se refere aos seus principais conceitos – linguagem, discurso e ideologia – oriente o trabalho de análise e compreensão do nosso objeto de pesquisa, não será utilizada de forma exclusiva. Em nossa análise vamos também nos apoiar outras leituras que se distanciam da AD, especialmente no que se refere às noções de sujeito e subjetividade, categorias fundamentais no nosso trabalho analítico de apreensão dos sentidos produzidos nos discursos de nossas entrevistadas.

Acreditamos que a Análise do Discurso francesa, conjugando uma teoria do sujeito psicanalítica e ao mesmo tempo recorrendo ao trabalho de Michel Foucault, opere um recorte problemático na obra deste autor, na medida que ignora suas formulações com relação à subjetividade para reduzir seu trabalho apenas à construção de uma “teoria do discurso”. Dessa maneira, recorreremos à noção foucaultiana de subjetividade, articulando-a à AD francesa, como um importante recurso na delimitação do objeto de estudo cuja compreensão nos dedicaremos neste trabalho.

1. Conceitos fundamentais em Análise do Discurso

A Escola Francesa da Análise do Discurso, criada por Michel Pêcheux na década de 60, constitui-se um campo do conhecimento com teoria e método próprios que articula três importantes áreas do conhecimento: o materialismo histórico, a lingüística e a teoria do discurso. Na concepção de Pêcheux, que procurou elaborar uma “teoria materialista do discurso” estas três regiões estariam ainda perpassadas por uma teoria do sujeito de natureza psicanalítica.

Pelo lado da Lingüística esta conjunção se fez com afirmação da não transparência da linguagem, ou seja, através de uma crítica à concepção representacionista de uma lingüística imanente, que toma a relação linguagem/pensamento/mundo como direta e unívoca. Do materialismo histórico, a AD tomou para si o conceito de ideologia e uma concepção de processo histórico, buscando articular língua e história, de forma que em seus estudos passou a adotar uma concepção concreta de linguagem, sua forma material, que é o discurso. Da Teoria do Discurso, adotou a concepção de formação discursiva, baseando-se especialmente nos trabalhos de Foucault nos quais este autor considera as condições de produção dos discursos. Da Psicanálise, a AD tomou uma concepção descentrada de sujeito, que terá seu centro não mais na consciência mas numa articulação consciente-inconsciente, sendo por ela afetado sem contudo deter o controle sobre esta articulação que o afeta.

Situando-se, pois, na complexa e conflituosa confluência destes campos do conhecimento, a AD, embora seja atravessada pela lingüística, não pode ser considerada uma disciplina desta; na verdade, atravessa o conjunto dos ramos da lingüística voltando-se para a compreensão do uso da linguagem, em oposição ao seu aspecto sintático. A AD coloca, assim, o estudo da linguagem e de seus elementos como condição necessária e instrumento, pelo qual se efetuará a análise dos discursos não com um fim em si mesma mas sim articulando hipóteses relacionadas ao campo que se deseja focalizar, que pode ser ou não o próprio campo teórico da AD.

Na construção de seus procedimentos de análise, a AD recorre a formulações determinadas do que seria linguagem, discurso e ideologia, além de adotar uma concepção específica de sujeito. Explicitaremos estes conceitos a seguir para, na seqüência, apontarmos os limites que encontramos na articulação necessária para sua aplicação e que nos levaram a recusar uma análise estritamente pautada pelos princípios da AD.

1.1 Linguagem

Na AD a linguagem é tomada de forma específica, distinguindo-se daquela utilizada nos diversos campos da Lingüística. De acordo com Brandão (1995) os estudos atuais da linguagem partem em geral da célebre dicotomia entre *língua* e *fala* estabelecida por Saussure, que excluiu a fala do domínio da Lingüística. Distanciando-se desta perspectiva, a AD recupera a concepção de linguagem adotada por Bakhtin (1992). Sua obra, por um lado, retoma a posição de Saussure quanto à língua, entendida como fato social; por outro lado, afasta-se dela, entendendo-a como objeto concreto e valorizando a fala.

Elaborando uma teoria da polifonia, Bakhtin (op. cit.) constrói um novo paradigma nos estudos lingüísticos, rompendo com o conceito de que a palavra é monológica: a linguagem seria o lugar da manifestação ideológica da luta de vozes/de classes, da realização/constituição da subjetividade humana. Dentro de sua perspectiva, práticas/falas diferentes se inserem historicamente no interior de uma mesma língua, competindo/articulando-se na formação de sentidos. Bakhtin estabelece o papel fundamental do interlocutor na constituição do significado e concebe a linguagem como fenômeno social. Afirmar também que o enunciado engloba não somente a matéria lingüística (palavras e demais signos) mas também o contexto da enunciação. Este último seria fundamental para a compreensão de qualquer ato de linguagem, que não se produz individualmente, sem o outro.

Distinguindo-se das concepções de uma Lingüística imanente, que toma a língua como um sistema neutro e natural, um universo de signos e sinais inertes, na qual pensamento/linguagem/mundo se relacionariam de forma direta, Bakhtin afirma a língua como realidade concreta, material. Para ele, a palavra, enquanto signo ideológico, possui uma realidade material, não representa apenas esta realidade, é vivo, dinâmico e dialético. Traz ainda para a lingüística um questionamento com relação à subjetividade, pois segundo esta

perspectiva, o sujeito não pode ser constituído de forma unívoca e centrada, uma vez que constrói-se em relação permanente com os outros (o destinatário/os diversos discursos historicamente construídos) no campo social.

A partir da década de 60, autores que viriam a organizar a disciplina da AD passam a considerar esta ligação proposta por Bakhtin (1992) entre o nível lingüístico (a matéria lingüística) e o extralingüístico (o contexto). Em seus trabalhos, a linguagem passa a ser tratada como interação e modo de produção social, aparecendo como mediação necessária entre o homem e a realidade, colocada na base da própria existência humana. Esta é pois a perspectiva adotada pela AD, cujo objeto de estudo, portanto, não é a língua enquanto sistema abstrato de signos e sinais, mas o discurso, enquanto prática de linguagem que permite ao homem significar o mundo e a si mesmo. Para isso, esta perspectiva teórica leva em consideração o processo de produção de linguagem, ou seja, a relação estabelecida entre a língua, aqueles que a falam e as condições em que se produz esta fala, relacionando, portanto, a linguagem àquilo que está fora dela mas que permite/regula seu acontecimento.

1.2 Discurso

Para Orlandi (2000) a noção de discurso distingue-se daquela que tradicionalmente define “mensagem” nas teorias da comunicação. Dentro deste esquema tradicional, alguém fala emitindo uma mensagem num código específico (a língua), referindo-se a alguma coisa. Outra pessoa recebe esta mensagem e a decodifica, completando-se assim a comunicação.

Esta linearidade do processo é questionada pela noção de discurso, que afirma justamente que este processo de comunicação não se realiza de forma estanque e seqüenciada no tempo e no espaço, acontecendo de fato simultaneamente. Além disso, durante a comunicação, o que ocorre não seria simplesmente a transmissão de uma mensagem, de uma

informação, mas um complexo processo de produção de sentidos pelo qual a língua, por sua forma material, dispararia também um processo de subjetivação.

Discurso seria assim definido como “efeito de sentidos entre locutores” (ORLANDI, 2000, p.21). A língua surge como condição de possibilidade do discurso mas não como seu equivalente, embora, assim como a língua, o discurso tenha também um funcionamento que é possível descrever. A AD toma esta descrição essencialmente dos trabalhos de Michel Foucault, aos quais nos referiremos a seguir.

Para Foucault (2000) os elementos de um discurso não se encontram ligados por nenhum tipo de unidade, mas dispersos. A análise dos discursos deve, pois, identificar as regras de formação dos discursos, ou seja, aquelas que regem sua organização, permitindo assim a passagem da dispersão para a regularidade.

Foucault (op. cit.) concebe o enunciado como a unidade básica na composição do discurso (ao contrário de algumas áreas da Linguística que situam na palavra ou na frase este papel elementar) e define aquelas que considera como sendo suas principais características:

(1) Um enunciado se define sempre por sua relação com seu correlato, o referencial; encontra-se pois ligado àquilo que permite seu aparecimento e que está fora dele – suas condições de produção¹.

(2) O enunciado encontra-se numa relação específica com seu sujeito. Foucault estabelece uma crítica às concepções que localizam no sujeito a condição fundadora da linguagem e da história; para ele o sujeito é, ao revés, por elas fundado. O sujeito discursivo seria uma “posição” entre outras, uma posição que o falante ocupa para ser sujeito do que diz. A “função do sujeito” é, portanto, uma função vazia, ou seja, Foucault elimina o sujeito como fonte de significação.

¹ Num sentido estrito, as condições de produção compreendem o contexto imediato de um enunciado. Num sentido amplo, incluem o contexto sócio-histórico e ideológico de produção de um discurso.

(3) A dependência do enunciado de um “*espaço colateral*”, que o integra a um conjunto de enunciados². Um dizer sempre estabelece relações com uma memória discursiva, com um dizer anterior que significa o dizer atual. Esta relação, porém, não pode ser controlada pelo sujeito que fala – ele não tem como conhecer ou controlar toda a rede de sentidos que dispara ao falar, o modo como estabelece uma filiação entre o enunciado atual e outros enunciados passados.

(4) A condição material do enunciado, que organiza-se através de ações, de práticas exercidas em instituições.

O discurso, nesta perspectiva, configura-se como um jogo estratégico de ação e reação, em que o surgimento de determinados enunciados em detrimento de outros relaciona-se à forma institucionalizada de exercício do poder. Para Foucault (1996), em qualquer sociedade, a produção discursiva é organizada e ao mesmo tempo controlada por uma série de procedimentos. A função destes procedimentos seria, assim, (1) dominar os poderes dos discursos (como se daria através de mecanismos como a interdição, uma separação/rejeição e uma oposição verdadeiro/falso); (2) dominar sua casualidade (através das estratégias do comentário; do autor; e das disciplinas); e finalmente (3), dissipar sua materialidade através de estratégias que determinariam as condições de funcionamento dos discursos, impondo-lhes regras que limitariam o acesso a eles (o ritual, as sociedades de discurso; as doutrinas; e as apropriações sociais). (cf. FOUCAULT, 1996)

Será portanto da elaboração de Foucault do conceito de discurso como formação discursiva que a AD passará a se utilizar. Por formação discursiva entende-se, assim, um conjunto de enunciados que possuem as mesmas regras de formação, os mesmos princípios de regularidade. É a formação discursiva que determina o que pode ou não ser dito, remetendo

² Na AD a relação de um discurso com outros discursos historicamente construídos será denominada interdiscurso ou memória discursiva.

sempre a uma formação ideológica, ou seja, a formação discursiva representa, na materialidade da linguagem, uma formação ideológica.

O funcionamento formal das formações discursivas dá-se através da paráfrase (mecanismo de delimitação de suas fronteiras pela retomada e reformulação de enunciados) que está sempre confrontando-se com a polissemia (mecanismo que instaura a pluralidade de sentidos) e através do estabelecimento de uma relação com elementos pré-construídos, com um Sujeito Universal de modo que o sentido seja apreendido pelo sujeito como sempre-já existente, como inerente à realidade.

São características da formação discursiva: (1) é heterogênea a ela própria, uma vez que seus limites são instáveis e dinâmicos, constantemente definidos e redefinidos no processo de enunciação; (2) é essencialmente contraditória: sua história é a da constante superação e recriação da contradição, numa busca nunca atingida pela homogeneidade discursiva. Os efeitos destas contradições, que remetem a contradições ideológicas de classe, são recuperáveis no interior da aparente “unidade” de conjuntos de discurso (cf. BRANDÃO, 1995).

1.3 Ideologia

Segundo Chauí (1983, p.22) o termo ideologia foi criado pelo filósofo Destutt de Tracy, aparecendo pela primeira vez em 1810 para designar a atividade científica que analisava o pensar. Posteriormente o sentido associado a esta palavra modificou-se, passando o termo a designar uma doutrina irrealista e desvinculada dos fatos materiais. Em seus trabalhos, Marx e Engels partem do conceito de Destutt de Tracy do que seria ideologia, definindo-a como um sistema de normas, regras, idéias e representações que se apresentam desvinculados das condições materiais, uma vez que são fruto da atividade de um

determinado grupo de indivíduos, os trabalhadores intelectuais pertencentes à classe dominante.

Assim sendo, na concepção marxista, a ideologia seria

um conjunto lógico, sistemático e coerente de representações (idéias e valores) e de normas ou regras (de conduta) que indicam e prescrevem aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar, o que devem valorizar e como devem valorizar, o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer. Ela é portanto um corpo explicativo (representações) e prático (normas, regras, preceitos) de caráter prescritivo, normativo, regulador, cuja função é dar aos membros de uma sociedade dividida em classes uma explicação racional para as diferenças sociais, políticas e culturais, sem jamais atribuir tais diferenças à divisão da sociedade em classes, a partir das divisões da esfera de produção. Pelo contrário, a função da ideologia é a de apagar as diferenças como de classes e de fornecer aos membros da sociedade o sentimento da identidade social, encontrando certos referenciais identificadores de todos e para todos [...] (CHAUI, 1986, p.113-114).

Nesta forma de concebê-la, “ideologia” é a “ideologia da classe dominante”, pois da mesma forma que dominam os meios de produção material, a classe dominante domina a produção e a circulação de idéias. A ideologia seria portanto um instrumento de dominação de classe, uma forma de explicação teórica e prática. Só que, enquanto teoria, não explica verdadeiramente, já que se explicitar claramente as contradições de classe social que oculta perderá sua função. Enquanto prática, institui formas de subjetivação, as quais não são percebidas claramente visto que, se assim o fossem, a ideologia também se esvaziaria em sua finalidade.

Althusser (1974), retomando os principais aspectos da concepção marxista de ideologia, aponta para a ausência de uma “teoria da ideologia” nos trabalhos de Marx. Propõe-se assim à elaboração de uma teoria da ideologia “em geral”, de acordo com a premissa de que o fenômeno, longe de caracterizar-se somente por sua função de ocultamento da realidade, possui uma dimensão “positiva”. Parte assim de três hipóteses:

(1) “A ideologia é uma ‘representação’ da relação imaginária dos indivíduos com as suas condições de existência.” (ALTHUSSER, op. cit., p.77). Não são portanto as condições de existência, elas mesmas, representadas na ideologia, mas as relações dos homens com estas condições de existência. Seria portanto o caráter imaginário destas relações o fundamento de toda a deformação imaginária presente na ideologia.

(2) Uma ideologia existe sempre num aparelho e nas suas práticas. Esta existência portanto não é espiritual, imaginária, mas material. Para explicitação desta tese Althusser lança mão, na conceituação do que seria o Estado, da distinção entre *poder de Estado* e *aparelhos de Estado*. Os aparelhos de Estado se dividiriam em aparelhos repressores (ARE) e aparelhos ideológicos de Estado (AIE), sendo que os últimos teriam por função garantir a reprodução das condições de produção numa dada formação social. Os AIE (religiões, a escola, a família, os sistemas judiciário e político, as redes de informação, cultura e desportos) funcionariam predominantemente pela ideologia, diferentemente dos ARE, que funcionariam predominantemente pela repressão.

(3) “Toda ideologia interpela os indivíduos concretos como sujeitos concretos, pelo funcionamento da categoria de sujeito” (ALTHUSSER, 1974, p. 98). Um sujeito, agindo de acordo com a própria consciência e segundo sua crença, representa o aporte da ideologia sobre o indivíduo, que desconhece assim a construção ideológica dessa sua crença, instituída que é através de um conjunto de práticas materiais inseridas num aparelho ideológico material. Mais ainda, desconhece a natureza ideológica de sua própria condição de sujeito.

Para Althusser, ainda que a categoria “sujeito” só apareça sob essa denominação a partir da instauração da ideologia burguesa, é precisamente esta a categoria constitutiva de toda a ideologia, uma vez que toda ideologia tem por finalidade constituir indivíduos em sujeitos, ou seja, promover a inclusão de indivíduos em processos de subjetivação cujas formas seriam variadas e históricas, de acordo com o período, o local ou a condição de classe em que o indivíduo se insere.

Trata-se, pois, de um efeito ideológico elementar a “evidência” de que somos sujeitos, “evidência” esta que é aceita como tal a partir de uma das mais importantes funções da ideologia: a função de reconhecimento ideológico, que nos permite reconhecermos algumas coisas como verdadeiras e outras não. Esta função de reconhecimento exerce-se através de um sem número de rituais que praticamos ininterruptamente, sem nos darmos conta de que neles e através deles nos constituímos sujeitos; praticamo-los como “sempre-já” sujeitos, ignorando a subjetivação como um processo.

Estas formas diferentes de conceituar a ideologia (mais restrita à classe dominante ou mais ampla, relacionada a toda a formação social e aliando funções positivas e negativas, de encobrimento e constitutivas do sujeito) vão influenciar a relação deste conceito com a linguagem. Tomando-o por sua acepção mais ampla, esta relação mostra-se fundamental, uma vez que é pela linguagem (mas não só) que a ideologia se materializa. Depreende-se também que não existe *um* discurso ideológico mas que *todos* os discursos o são.

A partir do trabalho de Althusser, Pêcheux (1988, p.145-146) elabora o conceito de formação ideológica, observando que numa dada formação social e num determinado momento histórico, organizam-se posições políticas e ideológicas, presentes no interior dos AIE, em geral múltiplas e contraditórias. Ou seja, os AIE, por configurarem um conjunto complexo e contraditório de elementos, não podem atuar de forma homogênea tanto na produção quanto na transformação das relações ideológicas das condições de produção. Não

podendo assim expressar de modo idêntico tais relações ideológicas, os diversos elementos dos AIE, na sua especificidade de ação na sociedade (na educação, na religião, na política, etc) favorecem ora uma, ora outra destas funções contraditórias de reprodução/transformação das condições de produção.

Na materialidade dos AIE, a ideologia existe, pois, sob a forma de “formações ideológicas”, as quais possuem um caráter “regional” (relativo à especificidade dos AIE em que se organizam) e comportam posições de classe. A condição básica que permite que a formação ideológica da classe dominante assuma este estatuto de dominação está no impedimento de que, no conjunto complexo dos AIE, as relações de transformação entre os vários elementos superem as relações de reprodução, mantendo desta forma o estabelecido. Uma formação ideológica tem, entre seus componentes, um conjunto de práticas que sustentam (e ao mesmo tempo dão sustentação) a uma ou várias formações discursivas interligadas, ou seja, os discursos estão sempre relacionados às formações ideológicas.

1.4 A noção de sujeito na AD

A categoria “sujeito” é fundamental na definição da base teórica da AD. Michel Pêcheux, reafirmando a crítica de Althusser à categoria “sujeito”, pela qual “a subjetividade aparece como fonte, origem, ponto de partida ou ponto de aplicação” (PÊCHEUX, 1988, p.131), adota então a concepção de que a constituição do sujeito se define como um processo, dado pela interpelação do indivíduo pelas instâncias da Ideologia e do Inconsciente. Ao buscar a articulação entre as categorias Inconsciente e Ideologia, afirma que “o recalque inconsciente e o assujeitamento ideológico estão materialmente ligados, sem estar confundidos [...]” (PÊCHEUX, op. cit., p.133); esta ligação, no entanto, se efetuará

fundamentalmente através da linguagem, o que aproxima suas idéias do trabalho do psicanalista francês Jacques Lacan³.

Ao situar esta articulação dentro dos limites da abordagem psicanalítica, as principais características que o sujeito adquire e que interessam à AD seriam: (1) o sujeito é dividido, clivado, constituindo-se pela interação com seu outro mas também com o inconsciente; (2) é descentrado, ou seja, não se situa no centro da consciência (no Ego), sendo contudo esta centralidade uma ilusão constituinte do sujeito; (3) é efeito de linguagem, ou seja, numa certa perspectiva psicanalítica (de Lacan) a linguagem é condição do Inconsciente, o que torna a representação do sujeito condicionada às formas de sua própria enunciação e às formas através das quais ele é enunciado (cf. BRANDÃO, 1995, p.55-57).

O apagamento do fato de que o sujeito resulta de um processo, ou seja, de que é produzido simultaneamente pela interpelação ideológica e pelo recalque inconsciente, seria a condição mesma do funcionamento das categorias Ideologia e Inconsciente, levando o sujeito a funcionar como “sempre-já” sujeito. Assim, ignorando as características processuais de sua determinação, o sujeito se apreenderia como causa de si. Este efeito de evidência se aplicaria também ao sujeito do discurso que, recebendo como evidente o sentido daquilo que ouve e fala, se posicionaria como origem do próprio discurso, desconhecendo sua determinação externa – ideológica e inconsciente.

³ De acordo com Chaves (2003), o marco fundamental no desenvolvimento humano na teoria lacaniana seria a inserção do indivíduo no universo simbólico através da linguagem. Este momento delimitaria uma separação entre a necessidade e a demanda, permitindo assim a emergência do desejo inconsciente. Dessa forma, na medida em que seriam separadas necessidade e demanda, o indivíduo experimentaria a falta, uma ausência que para Lacan se converteria num princípio organizador essencial das relações deste indivíduo com a realidade. Seria justamente a partir da experiência da falta que o indivíduo acessaria o universo simbólico através da linguagem, a qual aparece, na formulação de Lacan, como um sistema universal de assujeitamento deste mesmo indivíduo. A linguagem seria pois a uma instância fundadora de todos os processos psíquicos e o sujeito seria efeito de significante, pois estaria submetido à sua lei. Embora Lacan afirme ter organizado sua teoria estritamente a partir da obra de Freud, para vários autores (OGDEN, 1996; REY, 2003.), contudo, ele teria se distanciado das idéias do criador da psicanálise na medida em que considerou a linguagem como constitutiva do inconsciente e não o contrário, como ocorria nos trabalhos de Freud. De acordo com REY (2003, p.38), ao institucionalizar, dentro da psicologia, a ordem da linguagem como constitutiva do sujeito, Lacan teria promovido a reificação do discurso e a desaparecimento do sujeito individual, aspectos que posteriormente caracterizaram algumas tendências essenciais do pensamento pós-estruturalista e influenciaram um importante grupo de teóricos franceses, como Althusser e Pêcheux (relacionados à Escola Francesa da Análise do Discurso).

Tomando então como referência o trabalho de BRANDÃO (op.cit.), podemos dizer que duas idéias são centrais na AD:

(1) Sentido e sujeito não são dados a priori, constituindo-se num espaço de significação (o processo discursivo). Esta constituição depende das posições ideológicas que se articulam num determinado momento sócio-histórico, ou seja, sujeito e sentido adquirem suas características na medida em que se inscrevem em determinadas formações ideológicas.

(2) A idéia do descentramento do sujeito. Na AD, Ideologia e Inconsciente estão ligados materialmente (através da linguagem, nas práticas dos Aparelhos Ideológicos de Estado e no processo de interpelação do indivíduo em sujeito), para a constituição tanto dos sentidos como do próprio sujeito. Ou seja, para Pêcheux a categoria Ideologia assemelha-se à categoria Inconsciente, na medida em que ambas disparam processos de subjetivação, constituindo sujeitos. Para ele,

“o caráter comum das estruturas-funcionamento designadas respectivamente como *ideologia* e *inconsciente* é o de dissimular sua própria existência no interior mesmo do seu funcionamento, produzindo um tecido de evidências ‘*subjetivas*’, devendo entender-se este último adjetivo não como ‘*que afetam o sujeito*’ mas ‘*nas quais se constitui o sujeito*’.” (PÊCHEUX, 1988, p.152-153. Grifos do autor).

A articulação entre marxismo, linguagem, teoria dos discursos e uma concepção psicanalítica de sujeito, resultará numa formulação essencial para a AD, segundo a qual “os indivíduos são interpelados em sujeitos-falantes (em sujeito do seu discurso) pelas formações discursivas que representam ‘*na linguagem*’ as formações ideológicas que lhes correspondem.” (PÊCHEUX, 1988, p.160. Grifos do autor). A língua constitui o elemento comum de diversos e diferentes processos discursivos, sendo a base material onde se realizam os efeitos de sentido que se organizam numa formação discursiva. Serão assim as formações

discursivas que permitirão a materialização, na linguagem, da interpelação ideológica, e que delimitarão um processo de subjetivação.

Pêcheux tomará também do trabalho de Althusser o conceito de “forma sujeito”⁴, que seria o sujeito afetado pela ideologia, ou seja, a forma específica que o sujeito tomará, pelo processo de interpelação, e que estará sempre delimitada pelas condições de produção de uma certa formação ideológica (e da formação discursiva a qual esta se relaciona).

Esta “forma sujeito” se situa pois paradoxalmente, entre uma subjetividade livre e uma subjetividade assujeitada. Seu lugar de constituição é tenso: ao mesmo tempo em que é interpelado pela ideologia e que, mesmo sem o saber (até porque não o reconhece), encontra-se submisso a um Outro universal (porque ideológico), este sujeito também é livre, uma vez que ocupa, na formação ideológica e discursiva que o determina, um lugar que é especificamente seu e do qual também articulará enunciados, produzindo novos sentidos.

Na produção do sujeito (e dos sentidos) pela interpelação ideológica, um efeito de evidência mascara uma norma identificadora. A ideologia marca *o que é* e *o que deve ser* por meio de desvios, deslizos que aparecem no discurso; no entanto sua atuação mascara, sob uma idéia de transparência da linguagem (e evidência dos sentidos), sua relação com as formações discursivas através das quais exerce seu caráter constitutivo dos sentidos (e dos sujeitos).

As formações discursivas funcionam, assim, como “pontos de estabilização”, onde o sujeito ao mesmo tempo se reconhece como tal e aos outros sujeitos, e que delimitam um domínio de objetos. Toda formação discursiva dissimula, pelo efeito de evidência que nela se instaura, sua relação com outras formações discursivas e sua dependência constitutiva do complexo das formações ideológicas.

⁴ Althusser utiliza a expressão “forma-sujeito” para afirmar que “todo indivíduo humano, isto é, social, só pode ser agente de uma prática se revestir da forma de sujeito. A ‘forma-sujeito’, de fato é a forma de existência histórica de qualquer indivíduo, agente das práticas sociais.” (cf. PÊCHEUX, 1988, p.183. Grifos do autor).

Nesta produção de novos sentidos, o sujeito é afetado por um duplo esquecimento: o n.º 1, que o faz colocar-se como origem do próprio discurso (esquecimento este de ordem ao mesmo tempo ideológica – resulta da interpelação, e inconsciente – resulta também da repressão); e o n.º 2 (da ordem da enunciação) que dá ao sujeito a ilusão de que o que fala só pode ser dito daquela maneira, fazendo-o crer, ao mesmo tempo em que se acredita fonte do próprio discurso, que sua fala reflete a realidade, sendo portanto dotada “da verdade”.

Para a AD estes esquecimentos consistem numa ilusão necessária à própria constituição do sujeito, o qual trabalha (ou elabora) a heterogeneidade dos discursos que constitui e que o constituem, harmonizando suas contradições, suavizando suas discordâncias e criando assim uma ilusão de unidade – do discurso e do próprio sujeito. No processo de interpelação ideológica, ao identificar-se com determinada formação discursiva, o sujeito constitui sua identidade, reconhecendo-se a si e ao outro simultaneamente. Neste reconhecimento (de si, do outro e da própria realidade) o sujeito “esquece” os determinantes que o constituíram, funcionando como sujeito autônomo, livre, e assim tomando posições. A liberdade do sujeito-falante se restringe contudo àquilo que o esquecimento n.º 02 circunscreve, ou seja, o sujeito é livre apenas para posicionar-se dentro de uma formação discursiva, para escolher sua posição no momento da própria enunciação.

De acordo com Pêcheux, o efeito da forma-sujeito é mascarar que o sujeito se constitui como um processo, dentro e através de uma formação discursiva; este mascaramento se dá pela aparência de liberdade do sujeito do discurso que o esquecimento n.º 02 garante, ou seja, quando nos esquecemos que a liberdade de nosso discurso se restringe pela eleição (necessária) de sentidos dentro de uma formação discursiva. Neste limite encontra-se, por outro lado, justamente o espaço de surgimento de uma subjetividade livre, quando a escolha de enunciados permite a elaboração de novos sentidos.

2. Da noção de sujeito à idéia de subjetividade

Durante todo o século XX assistimos a um progressivo distanciamento entre a idéia de subjetividade e a noção de sujeito que, para Pelbart (1997, p.7) relaciona-se à inclusão, na categoria “sujeito”, de “uma certa dimensão de exterioridade, de pluralidade e de diferenciação que a idéia de sujeito, na sua simplicidade tautológica, interiorizada e autocentrada, sobretudo a partir de Descartes, mas talvez já muito antes dele, dificilmente comportava.”. Michel Foucault e Felix Guattari foram autores que assumiram uma ruptura com a idéia de que o sujeito é algo do domínio de uma suposta natureza humana.

Na elaboração da base teórica da AD, Pêcheux recorre simultaneamente aos trabalhos de Bakhtin, Foucault, Althusser e Lacan. Enquanto Althusser e Lacan podem ser definidos como autores de pensamento marcadamente estruturalista, esta mesma tendência filosófica foi formalmente recusada por Michel Foucault em sua abordagem do discurso⁵, o que torna problemática a articulação entre o trabalho destes teóricos, particularmente no que diz respeito à categoria sujeito. Na verdade, esta articulação desconsidera parte da obra de Foucault, especialmente os trabalhos nos quais ele abordou o tema da subjetividade.

Dreyfuss e Rabinow (1995) apontam dois importantes momentos na obra de Foucault: uma fase que denominam “semi-estruturalista”, quando elabora uma teoria dos discursos, e uma fase “pós-hermenêutica”, na qual sua ênfase sobre uma teoria das ciências humanas como discurso-objeto se altera, numa direção que prioriza um método interpretativo. Foucault, no entanto, desenvolve o tema do sujeito por toda a sua obra, embora sob diferentes perspectivas.

⁵ A este respeito sugerimos consultar, entre outros, o texto *A ordem do Discurso* (FOUCAULT, 1996), especialmente o trecho entre as páginas 69 e 70.

A primeira fase de sua obra (a fase arqueológica), trata do sujeito epistêmico, abordando as formas como este emerge a partir de configurações discursivas; a segunda fase (genealógica), aborda as formas como o sujeito emerge a partir de dispositivos de poder, dispositivos estes principalmente ancorados em torno da estratégia da individuação e da identidade; numa etapa final, Foucault vai abordar o tema da subjetividade por si mesmo, tratando o processo de formação do sujeito – a subjetivação.

Assim, embora profundamente imbricadas, o peso e a concepção das abordagens arqueológica e genealógica mudam no transcorrer da obra de Foucault, sendo que os trabalhos genealógicos ganham progressivamente maior ênfase enquanto diagnósticos que se concentram nas relações de poder, saber e o corpo na sociedade moderna. Partindo da leitura de Nietzsche, a partir da década de 70 Foucault propõe-se cada vez mais “escrever uma história do presente”. Seus esforços dirigem-se para organização de uma “genealogia do sujeito moderno”, ou seja, ao trabalho de “construir um modo de análise daquelas práticas culturais (...) que têm sido instrumentais para a formação do indivíduo moderno tanto como objeto, quanto como sujeito.” (DREYFUSS e RABINOW, 1995, p. 133).

Ainda de acordo com Dreyfuss e Rabinow, no entendimento de Foucault, o surgimento do indivíduo moderno e do conceito de sociedade (conforme entendido pelas Ciências Sociais) são desenvolvimentos conjuntos, *efeitos de formas históricas específicas de poder*. A partir da década de 70, especialmente, seus estudos terão como foco as práticas de objetivação e subjetivação em nossa cultura, desenvolvidas através de tecnologias específicas de exercício de poder. O tema do poder assume, a partir de então, uma importância crucial em seus trabalhos.

Foucault passa a abordar os diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornam-se sujeitos. Lidando assim com os diferentes modos tanto de subjetivação quanto de objetivação, dados através de relações de produção e de significação, Foucault

reconhece a importância das relações de poder nesse processo e afirma seu interesse em entender as dimensões de uma definição de poder, para que seja possível utilizá-la no entendimento das formas históricas de objetivação do sujeito. Dedicar-se então à compreensão das mutações que as relações de poder assumiram ao longo da história, e de sua relação com diferentes formas de racionalidade.

Em seus trabalhos deste período, identifica então uma mutação fundamental nas formas de exercício de poder, ocorrida a partir do século XVIII, que implicou na emergência de uma estratégia individualizante, a qual passou a marcar diversas relações: “havia uma ‘tática’ individualizante que caracterizava uma série de poderes: da família, da medicina, da psiquiatria, da educação e dos empregadores.” (FOUCAULT, 1995, p. 238). A partir deste ponto, Foucault elabora uma série de proposições que traduzem uma nova compreensão do que seria “o poder”.

Em primeiro lugar, para Foucault, o exercício de poder é um modo de ação de alguns sobre outros, ou a forma como alguns estruturam o campo de ação possível aos outros. Na medida em que o poder coloca em jogo relações entre indivíduos ou grupos, não é possível referir-se “ao poder” como uma entidade metafísica ou sobre humana, mas apenas à “relações de poder”. As relações de poder, portanto, são modos de ação que vão agir sobre outras ações, eventuais ou atuais, presentes ou futuras, e que se exercem “a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis”. Além disso, “as relações de poder não se encontram em posição de exterioridade com respeito a outros tipos de relações (...) mas lhes são imanentes; (...) possuem, lá onde atuam, um papel diretamente produtor.” (FOUCAULT, 1999, P. 90).

No entanto, as relações de poder não implicam necessariamente em violência. Para que uma relação de poder se instaure é necessário que o outro se mantenha e seja reconhecido até o fim como sujeito de ação, sendo por sua vez esta mesma ação que será governada. Desse modo, para Foucault “o poder, no fundo, é menos da ordem do afrontamento de dois

adversários (...) do que da ordem do ‘governo’.” Esta definição implica que o poder só se exerce sobre sujeitos livres, que tem diante de si um campo aberto de possibilidades para suas condutas, reações e comportamentos. Por essa razão, para Foucault poder e liberdade não se relacionam de forma mutuamente excludente: “a liberdade aparecerá como condição de existência do poder; (...) porém ela aparece também como aquilo que só poderá se opor a um exercício de poder que tende, enfim, a determiná-la inteiramente.” (FOUCAULT, 1995, p. 244).

Entretanto, embora exercendo-se necessariamente sobre sujeitos livres, para Foucault as relações de poder são, ao mesmo tempo, intencionais e não subjetivas. As relações de poder, com efeito, não pressupõem um sujeito mas, ao contrário, o formam.

“Se, de fato são inteligíveis, não é porque sejam efeito, em termos de causalidade, de uma outra instância que as explique, mas porque atravessadas de fora a fora por um cálculo: não há poder que se exerça sem uma série de miras e objetivos. Mas isso não quer dizer que resulte da escolha ou da decisão de um sujeito, individualmente (...).” (FOUCAULT, 1999, p. 90).

Finalmente, para Foucault (op. cit., p. 91) “onde há poder há resistência e no entanto (ou melhor, por isso mesmo), esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder.”. Foucault denomina “estratégias de poder” ao conjunto dos meios operados para fazer funcionar ou para manter um dispositivo de poder. Podemos assim decifrar as relações de poder a partir das estratégias de que estas se utilizam em sua objetivação. No entanto, acredita que um foco importante de estudo envolve as articulações entre estratégias de poder e estratégias de confronto, pois se a condição permanente da existência de relações de poder é a existência, em seu cerne, de liberdades que resistem, toda relação de poder implica necessariamente numa relação de luta. Estratégias de poder e de resistência constituem reciprocamente uma espécie de limite, um ponto de convergência possível.

Desse modo, podemos dizer que o poder nunca é totalmente fechado, absoluto e imune a qualquer forma de resistência. Da mesma forma que o poder é múltiplo, capilar e multidirecionado, as resistências também o são. Não há poder sem resistência e, se o poder se aplica sobre os corpos, são os corpos que resistem às relações de poder produzindo linhas de fuga e formas de escape. Estas resistências contudo são, em geral, imperceptíveis, não se expressam necessariamente de forma consciente pelos indivíduos, nem se organizam de modo coletivo como um movimento social ou cultural.

Tanto quanto a obra de Foucault, o trabalho de Felix Guattari conduziu a uma reflexão quanto ao tema da subjetividade que se distanciou de qualquer tentativa de reduzi-la a atributos universais ou invariáveis. Para este autor, a subjetividade seria sempre uma produção social, sendo que um amplo espaço em sua obra é dedicado a uma discussão sobre a heterogeneidade dos elementos que concorrem nesta mesma produção.

Guattari elabora “a idéia de uma subjetividade de natureza industrial, maquina, ou seja, universalmente fabricada, modelada, recebida, consumida.” (GUATTARI e ROLNIK, 1986, p.25). Retirando então o foco exclusivo na linguagem que as escolas estruturalistas sustentaram ao considerar os processos de subjetivação, este autor passa a afirmar suas dimensões semióticas a-significantes. Assim, nas palavras de Guattari, “ao invés de sujeito, sujeito de enunciação ou das instâncias psíquicas de Freud, prefiro falar em agenciamento coletivo de enunciação.” (GUATTARI e ROLNIK, 1986, p.30-31). A subjetividade seria então produzida por estes “agenciamentos coletivos de enunciação”, os quais seriam duplamente descentrados e implicariam no funcionamento de “máquinas de expressão” infra e extra pessoais, que não corresponderiam nem a uma entidade individuada (o sujeito) nem a uma entidade social pré-determinada (como a linguagem).

Os modos de subjetivação se processariam, portanto, a partir de uma série de agenciamentos, não apenas simbólicos (ou lingüísticos), mas sociais, históricos e materiais, os

quais seriam recebidos e consumidos pelos indivíduos, às vezes numa relação de submissão e alienação, outras vezes numa relação de ruptura e crítica que possibilitaria o exercício da criatividade e da invenção.

A principal característica daquela que Guattari denominou “subjetividade capitalística” seria justamente bloquear os processos de singularização na experiência de subjetivação, instaurando em seu lugar processos de individualização relativos a uma forma serializada, modelizadora e empobrecida daquela mesma experiência. A ordem capitalística se projetaria tanto na realidade do mundo quanto na realidade psíquica, produzindo os modos de relação humana até mesmo no nível inconsciente.

Tudo que é do domínio da ruptura, da surpresa e da angústia, mas também do desejo, da vontade de amar e de criar deve se encaixar de algum jeito nos registros de referências dominantes. Há sempre um arranjo que tenta prever tudo o que possa ser da natureza de uma dissidência do pensamento e do desejo. Há uma tentativa de eliminação daquilo que eu chamo de processos de singularização. Tudo o que surpreende, ainda que levemente, deve ser classificável em alguma zona de enquadramento, de referenciação. (GUATTARI e ROLNIK, 1986, p.43).

No entanto, o próprio desenvolvimento da subjetividade capitalística determinaria a emergência de inúmeras possibilidades tanto de desvio quanto de reapropriação. Seria justamente a redução excessiva do número de possibilidades de subjetivação, pelo processo de produção de subjetividade capitalística, que conduziria ao surgimento constante de áreas de escape, pontos de ruptura e resistência os quais seriam, para Guattari, focos de resistência política da maior importância à própria ordem capitalista. Estes pontos de ruptura e resistência, identificáveis também no trabalho de Foucault, são denominados por Guattari “processos de singularização” ou “revoluções moleculares”.

Tanto Foucault quanto Guattari afirmam a idéia de que os modos de subjetivação organizados a partir da modernidade, ancorados em estratégias de individualização e

identidade, encontram-se em crise: quanto mais estas estratégias buscam centrar a subjetividade sob a forma da identidade, tanto mais os processos de subjetivação resistem, criando linhas de fuga a todos os dispositivos e espaços disciplinares.

Para Fernando Rey (2003, p.114), ao destacar a singularização como uma das dimensões essenciais do processo de constituição da subjetividade, Guattari passaria a afirmar a possibilidade de um sujeito de criação e ruptura e não apenas submetido ao universo simbólico pela linguagem, do qual emergiria apenas como efeito de enunciação. Neste mesmo trabalho, Rey (2003), referindo-se à AD, apontou um importante risco implícito nesta construção teórica: de suas formulações resultaria uma concepção de sujeito submetido em sua relação com a língua e com a história. Para este autor, na AD

o sujeito é despersonalizado e se estabelece uma separação sem reconciliação entre ele e sua história, e as formações discursivas em que se situa para falar. Se o sujeito não está subjetivamente constituído como resultado da subjetivação de sua própria história, sem dúvida fica completamente a mercê de um discurso socialmente organizado em que expressa a história da sociedade. (REY, op. cit., p.233).

Ao conceber o processo de constituição da identidade individual pelos mecanismos de interpelação ideológica e de recalque inconsciente (ambos mediados exclusivamente pela linguagem), os quais pelo seu próprio funcionamento apagariam os determinantes desta mesma constituição,

o sujeito aparece como efeito, como produto, e é totalmente determinado já desde fora, perdendo assim os atributos centrais que de nossa perspectiva devem caracterizá-lo: sua capacidade criativa e generativa, que fazem dele um momento permanente de tensão com o estabelecido, capaz de representar inúmeras alternativas de ruptura. (REY, op.cit.:233).

A vinculação exclusiva desta processualidade na constituição da subjetividade à instância da linguagem, como vimos, encontrou diversos críticos. Especialmente Guattari, ao valorizar os agenciamentos coletivos de enunciação, amplia os determinantes deste processo para nele englobar elementos a-significantes, de modo que um processo singular de subjetivação seja entendido, nesta perspectiva, como uma prática, ao mesmo tempo discursiva e não discursiva. Dessa forma, ao demonstrar em seu trabalho grande sensibilidade aos processos de singularização, os quais considera capazes de promover ruptura e resistência à modelização imposta pelo processo de subjetivação capitalística, Guattari assume uma posição original na tematização da categoria subjetividade.

3. Delineando um objeto de pesquisa a partir da AD e da categoria subjetividade

Embora reconhecendo as formações discursivas como um dos determinantes da constituição subjetiva, e a importância da linguagem nesta configuração, vamos nos propor, neste trabalho, a tomar também em consideração outras formas de mediação concreta deste processo, as quais correspondem às condições materiais de vida dos indivíduos. Acreditamos que estas condições materiais (ou as formas de agenciamento coletivo a-significantes, nas palavras de Guattari), contribuem tanto quanto os elementos discursivos na produção de sentidos sobre a experiência vivida.

Além disso, ao atentarmos para um determinado processo de produção de sentidos através da análise da forma como os discursos se constroem, buscaremos nos mesmos sinais que, segundo a AD, indicam a interpelação do indivíduo em sujeito (quando este se posiciona e se submete a uma determinada formação discursiva), os indicativos da maneira como, neste mesmo posicionamento (que é único), instauram-se processos singulares de significação, que conduzem a uma forma particular de subjetivação da experiência vivida.

Desta forma, ao problematizarmos a relação que se estabelece entre as práticas (discursivas e não discursivas) observadas no contexto da família e das instituições de saúde, vamos nos ater a um aspecto específico desta mesma relação, de uma maneira que utiliza diversos conceitos e procedimentos da AD, mas que se distancia desta disciplina na concepção de sujeito que adota. Buscamos assim identificar um espaço singular de criação no processo de constituição de sentidos com relação ao conceito de maternidade e à experiência de maternagem. Focalizamos tal processo num momento específico, quando este se vê mediado por um discurso e uma prática de saúde específicas: aquela prescrita pelo Programa Canguru.

Acreditamos que este espaço singular, ainda que condicionado às formações ideológicas e discursivas, estará também, enquanto processo de significação, aberto a outros determinantes, tanto particulares quanto coletivos, podendo se desenvolver de maneira submetida ou crítica. No espaço de desenvolvimento desta prática em saúde poderemos, pois, assistir tanto a uma disciplinarização modeladora (restringindo o espaço de significação da experiência de maternidade), quanto à emergência de novas formas de sensibilidade que resistem a esta estratégia disciplinar, dotando esta mesma experiência de um significado singular.

No discurso oficial que normatiza o Programa Canguru, tanto a possibilidade de singularização quanto de modelização individualizante se inscrevem. No entanto, nos perguntamos de que maneira, através de um programa desenvolvido numa instituição cujo funcionamento organizou-se a partir de estratégias de natureza disciplinar (como descrevemos no Capítulo II), pode-se ultrapassar uma visão biologicista e psicologizante (e portanto restritiva) do papel materno para absorver, no âmbito hospitalar, a dupla mãe-bebê de forma “humanizada”. Para as mulheres que participarem deste programa, quais processos de subjetivação efetivamente se dispararão, demandando a produção de sentidos para a

experiência materna? Que formas de resistência serão possíveis identificar no espaço de singularização que envolve esta proposta de atendimento?

O objeto central deste trabalho volta-se, portanto, para a compreensão do processo de produção de sentidos sobre a maternidade num determinado contexto, que corresponde à participação de mulheres num programa de saúde materno-infantil. Este programa busca, entre outras metas, o favorecimento de uma forma específica de maternagem, por entendê-la importante para a sobrevivência física e a saúde psíquica da criança. Os sentidos sobre a maternidade ali produzidos deverão, portanto, incluir aquilo que as mães-canguru entenderem como adequado à condição de saúde de seus filhos, constituído a partir da apreensão individual de cada mulher desta realidade. Mas, antes disso, esse entendimento se organizará a partir das mediações concretas às quais corresponde a sua vida material. Por outro lado, tais concepções sofrerão modificações quando estas mulheres tiverem contato com as práticas específicas ao programa e também com outras, não específicas, mas que igualmente estarão presentes durante sua aplicação no hospital.

Os sentidos a respeito da maternidade e do Programa Canguru que estas mulheres construirão neste processo deverão corresponder a este movimento múltiplo. O esforço de análise deverá portanto identificar, nesta multiplicidade (concernente ao mesmo tempo a diversos posicionamentos individuais e sociais que se materializarão em suas falas e ações), os elementos constituintes de um determinado processo de subjetivação, no dinamismo que lhe é próprio.

CAPÍTULO IV

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

1. Objetivo da Pesquisa

Esta pesquisa busca apreender os sentidos produzidos sobre o conceito de maternidade e a experiência de maternagem pelas usuárias de um programa de saúde materno-infantil, através da análise das práticas discursivas e não discursivas presentes durante sua participação neste mesmo programa. Entendemos que os sentidos aí produzidos se constituem tanto a partir da apreensão individual que estas mulheres tiverem de sua realidade, bem como em decorrência das mediações concretas que correspondem à sua vida material. Estes sentidos devem também se organizar a partir dos discursos divulgados no interior do hospital sobre o programa, e das condições de maternagem que em função dele estas mulheres experienciarem.

2. Os Sujeitos

Os sujeitos desta pesquisa foram oito mulheres cujos filhos estavam internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) numa unidade neonatal (enfermaria de Berçário) de um hospital público. A finalidade de sua presença na instituição era exclusivamente a participação no Programa Canguru.

Embora tenhamos feito contato com diversas usuárias deste programa, utilizamos informações obtidas apenas daquelas mulheres que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa, depois de informadas acerca de seus objetivos. Antes de coletar qualquer informação, solicitamos a estas mulheres que assinassem um termo de consentimento, expressando por escrito tanto sua ciência com relação à natureza da pesquisa quanto sua autorização para a divulgação dos resultados da mesma. Este documento foi elaborado de acordo com as normativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,

1996) e assinado em duas vias, ficando uma via para a entrevistada e outra para a pesquisadora.

Durante a coleta de dados entrevistamos dez mães-canguru, sendo que o material obtido com duas delas não foi utilizado. No primeiro caso porque a própria mulher, depois de já iniciado o contato, desistiu da participação; no segundo porque, embora tendo a entrevistada concordado com a participação na pesquisa, durante a sua realização limitou suas respostas apenas a monossílabos. Diante disso, optamos por não utilizar o material, que consideramos muito restrito para análise.

Entre as oito mulheres restantes, quatro já tinham outros filhos e quatro tornavam-se mães pela primeira vez naquela ocasião; a existência ou não de outros filhos não se constituiu, entretanto, num critério de seleção para participação na pesquisa. Esta composição do conjunto de sujeitos ocorreu espontaneamente, sem qualquer determinação da pesquisadora.

A maioria das mulheres que participaram desta pesquisa era jovem (tinham entre 17 e 27 anos) e viviam com um companheiro na condição de casadas ou amasiadas. Do total de entrevistadas, sete vinham de famílias de baixa renda; quanto à escolaridade, a maioria declarou ter concluído ao menos o ensino fundamental. Apenas uma declarou-se analfabeta.

Apenas três das entrevistadas eram oriundas do próprio município onde se situa o hospital, sendo as demais provenientes de municípios de pequeno porte, com poucos recursos na área da saúde, e situados a até 230 km do local onde elas e seus filhos estavam sendo atendidos. Esta condição muitas vezes dificultava o acesso destas mulheres à instituição hospitalar, bem como as visitas de seus familiares enquanto participavam do Programa Canguru. A solidão pela distância da família era uma queixa freqüente durante os contatos que tivemos com elas.

Com relação às condições de participação no programa, a maioria das mulheres o iniciou após um período variável de afastamento do filho (entre 08 e 70 dias), com exceção de

uma das entrevistadas (Deise), que aguardou o início do programa no próprio hospital. Esta variação no período que antecedia o início do programa era, em todos os casos, determinada pela evolução clínica do bebê. Quanto mais prematura a criança, mais grave tendia a ser seu quadro clínico e maior a necessidade de permanecer na Unidade de Tratamento Intensivo e depois na Unidade de Cuidados Intermediários antes que o programa pudesse se iniciar, já no Berçário de Engorda.

Em geral as mulheres permaneciam em média seis dias na etapa do programa que acontece dentro do hospital e as entrevistas ocorriam, em sua maioria, no segundo dia de sua participação. Todas elas, após a alta hospitalar da criança, deram continuidade ao Programa Canguru participando de sua etapa ambulatorial. Entretanto, nenhum contato posterior foi feito com as entrevistadas.

Lembremos que tanto as condições emocionais quanto físicas das participantes estavam afetadas pelo momento particular no qual as entrevistas foram feitas, em função do estado puerperal em que estas mulheres se encontravam. Tal condição implicou em maior sensibilidade e, em alguns casos, num certo retraimento das mesmas.

Apresentaremos a seguir uma tabela com algumas informações que nos permitiram delinear o perfil das entrevistadas. Para assegurar a proteção de sua identidade, na apresentação e na discussão dos resultados os nomes das entrevistadas foram substituídos por outros escolhidos aleatoriamente.

PERFIL DAS ENTREVISTADAS

Entrevistadas idade/estado civil	Escolaridade	Nº filhos	Profissão		Renda Familiar *	Moradia		Participação no Programa	
			Mulher	Marido		Situação	Distância do hospital **	Início	Permanência ***
Ana, 33, amasiada	analfabeta	6	do lar	serveteiro	não sabe	própria	a 10 Km	49 dias após parto	01 dia
Beatriz, 22, casada	ens. fundamental completo	1	do lar	entregador	1,5 SM	alugada	no próprio município	08 dias após parto	02 dias
Carmem, 27, casada	ens. fundamental completo	3	do lar	tratorista	entre 1,5 e 2 SM	própria	a 30 Km	40 dias após parto	03 dias
Deise, 35, separada	ens. médio completo	3	agente de saúde	/	2 SM ****	própria	a 200 Km	03 dias após parto	02 dias
Edna, 22, casada	ens. médio completo	2 *****	do lar	operário da construção	entre 2,5 e 3 SM	própria	a 230 Km	52 dias após parto 74 dias após parto	02 dias 03 dias
Fátima, 26, casada	ens. médio incompleto	1	cabeleireira	construtor civil	não sabe	própria	no próprio município	13 dias após parto	02 dias
Gilda, 17, solteira	ens. fundamental completo	1	do lar	/	1,5 SM	alugada	no próprio município	10 dias após parto	06 dias
Helena, 24, casada	ens. fundamental completo	3	do lar	construtor civil	7 SM	própria	100 Km	39 dias após parto	02 dias

* A renda familiar foi calculada dividindo-se o rendimento declarado pelo valor do salário mínimo (SM) na época em que as entrevistas foram realizadas (entre maio e outubro de 2002)

** Valores referentes à distância entre o município de origem da entrevistada e o hospital onde a mesma participou do Programa Canguru

*** Tempo de permanência da mulher no programa até o dia da entrevista

**** Renda familiar complementada eventualmente com auxílio do ex-marido

***** A entrevistada participou do programa em duas ocasiões distintas, em função de parto gemelar

3. Campo de Pesquisa

Descreveremos aqui as condições que envolveram a realização deste trabalho, especificando brevemente as características da instituição onde o desenvolvemos e o caminho percorrido até a realização das entrevistas.

Esta pesquisa foi desenvolvida num hospital público estadual, localizado no interior do Estado de São Paulo, numa cidade de porte médio (200.000 habitantes). Trata-se de uma instituição que é referência regional para o atendimento materno-infantil. Por situar-se numa região administrativa de grande proporção territorial, entre as mais pobres do Estado, este hospital recebe pacientes provenientes de localidades distantes, algumas afastadas até 250km. As pessoas que acorrem a este serviço são predominantemente originárias de camadas populares, embora o atendimento seja disponibilizado para toda a população. O Programa Canguru é ali desenvolvido há sete anos.

Para o início do trabalho de campo obtivemos autorização tanto do diretor clínico da instituição quanto da pediatra chefe do hospital e responsável pelo programa. Foram realizados quatro contatos com essas pessoas para acertar as condições de visita à instituição e acesso às usuárias do Programa Canguru. Este hospital não contava, na época em que desenvolvemos nosso trabalho de campo, com um Comitê de Ética constituído, que pudesse avaliar o projeto de pesquisa de acordo com as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Dessa forma, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética de outra instituição; uma cópia do parecer favorável foi anexado a este trabalho (ANEXO).

A única exigência para liberar a realização do trabalho, da parte da pediatra chefe do hospital onde a pesquisa se desenvolveu, foi que não houvesse nenhuma interferência no programa por parte da pesquisadora. Esta deveria comprometer-se a não oferecer nenhuma orientação a respeito do Programa Canguru para as mulheres participantes. Tal procedimento

não constava do projeto de pesquisa, de modo que a exigência foi aceita. Esta condição aparentemente simples terminou no entanto por delinear a forma como as entrevistas se conduziram, revelando-se mais complexa que de início aparentava ser. Em diversas situações esse compromisso ético com a equipe delimitou a abordagem e a condução das perguntas.

A partir de contatos com a pediatra chefe do serviço e também com a enfermeira responsável pelo alojamento conjunto, onde as duplas mãe-bebê permaneciam enquanto o programa era desenvolvido, coletamos informações acerca da aplicação do Programa Canguru nesta instituição específica, as quais serão descritas a seguir.

A aplicação do Método Canguru na instituição citada teve início no ano de 1996. A princípio o programa foi empregado apenas no alojamento conjunto e para recém-nascidos a partir de 1.700g de peso. Posteriormente, conforme a equipe passou a dominar e sentir-se segura com a técnica, foi desenvolvido num momento mais precoce da internação da criança, quando esta encontrava-se ainda no Berçário. Este era destinado a crianças que apresentavam ao nascer qualquer problema clínico. Na ocasião da pesquisa o Berçário contava com 08 vagas de UTI, 16 vagas de Cuidados Intermediários e 06 vagas para Relactação. Neste local iniciavam-se os procedimentos para o programa, de forma que as mães eram instruídas pelo médico e/ou pela enfermeira do Berçário no uso da roupa-canguru e no manejo do bebê.

Nesta instituição o Programa Canguru era desenvolvido em três etapas distintas. Na primeira etapa a mãe tinha liberdade de contato diário com o bebê, podendo visitá-lo e permanecer no Berçário o quanto desejasse desde que no período diurno. Quando a criança alcançava condições clínicas suficientes, dava-se início aos procedimentos do Método Canguru de forma intermitente. O aleitamento materno passava a ser estimulado (relactação) e a mulher era ensinada a colocar o bebê na posição canguru, permanecendo assim por períodos curtos (entre 20 e 30 minutos). Quando a criança atingia 1400g e mostrava-se capaz de sugar,

ambas deveriam então ficar 24h a disposição do Programa Canguru. Para isso a mãe reinternava-se como acompanhante da criança e dava-se início à segunda etapa do programa.

Nessa segunda etapa a dupla mãe-bebê era transferida para o quarto de alojamento conjunto, na enfermaria de ginecologia e obstetrícia. O espaço ali reservado para o Programa Canguru era um quarto grande de alojamento conjunto, com quatro leitos para as parturientes e quatro berços para os bebês. Este quarto tinha ainda um banheiro anexo. Todas as entrevistas foram realizadas durante esta etapa da aplicação do Método Canguru.

A equipe envolvida no programa constituía-se de médico neonatologista, assistente social, enfermeira, fonoaudióloga, psicóloga, fisioterapeuta e nutricionista. Na época em que fizemos esta pesquisa, eram atendidas em média 07 crianças ao mês, sendo que, de acordo com a pediatra chefe, todas as crianças nascidas prematuras na instituição eram contempladas pelo programa, não fazendo parte apenas quando a mãe se recusava a permanecer no hospital e não havia um familiar que pudesse substituí-la (avó, tia, pai, etc.).

Os critérios de alta da etapa hospitalar do programa eram: a criança estar ganhando peso (não importa quanto ao dia); a equipe perceber que tinha se estabelecido um bom vínculo mãe-criança (embora os critérios para avaliação da qualidade deste vínculo não fossem explícitos); a mãe apresentar noções básicas de cuidado com o recém-nascido.

Após a alta hospitalar a dupla mãe-bebê dava início à etapa ambulatorial do programa. A criança retornava para a primeira consulta ambulatorial em até 48h, devendo ser acompanhada pela equipe por pelo menos 03 vezes na primeira semana e 02 vezes na segunda semana. O acompanhamento espaçava-se quando a criança apresentava ganho ponderal bom (acima de 20g/dia).

4. As entrevistas

Todas as entrevistas para esta pesquisa foram realizadas na enfermaria de ginecologia e obstetrícia do hospital, onde se situava o quarto de alojamento conjunto, enquanto as mulheres participavam da segunda etapa do Programa Canguru. Fazíamos contato telefônico com a instituição pelo menos duas vezes por semana para sabermos se havia alguma mulher no programa e em condições de participar da pesquisa. Só a partir desta confirmação é que nos dirigíamos ao hospital. Fizemos ao todo 15 visitas à instituição mas em apenas em 10 ocasiões tivemos contato efetivo com as mães canguru. Nas visitas restantes fizemos contatos com a equipe ou observações da rotina do hospital e/ou do programa.

Nas ocasiões em que estivemos na enfermaria, sete diferentes enfermeiras estavam de serviço naquele setor, além de diversas auxiliares de enfermagem, de modo que os contatos com as mulheres foram intermediados por várias pessoas (inclusive pela psicóloga). A alternância de enfermeiras em função do esquema de plantões, comum nos hospitais (as enfermeiras padrão cumprem em geral turnos de 06 horas diárias), naquele período se agravou em função das férias de algumas delas, ocasionando uma grande rotatividade de pessoal. Isso implicou em informações diferentes oferecidas às mulheres sobre o programa, de acordo com a equipe que estava presente no momento. Além disso, a cada visita as explicações com relação ao trabalho de pesquisa tinham que ser retomadas e embora esta troca freqüente de interlocutores não implicasse em restrições no acesso às entrevistadas, sempre significava demora.

Procuramos entrevistar as mulheres sempre na enfermaria, de modo a observarmos a prática do Programa Canguru. No entanto, apenas com seis delas este contato efetivamente ocorreu no quarto de alojamento conjunto. Duas das mulheres foram entrevistadas em outro local: uma num quarto menor, com apenas dois leitos, e outra num pequeno espaço diante do

posto de enfermagem que contava com algumas cadeiras. Embora aberto, configurando-se apenas como uma expansão do corredor, este local era com frequência utilizado pela psicóloga ou pela assistente social da instituição para conversas “particulares” com as pacientes. No caso da pesquisa, este espaço foi utilizado porque numa ocasião específica o quarto do Programa Canguru estava especialmente movimentado.

Uma outra dificuldade foi encontrar um horário apropriado para as entrevistas. Como o horário de visitas aos pacientes é bastante amplo nesta instituição (das 10h às 12h, das 14h às 17h e das 19 às 21h), havia sempre alguém no quarto dentro desses horários, seja visitando a própria mulher que estava no programa, seja outras parturientes. Fora destes horários havia a visita médica e o horário das refeições. Esta rotina fez com que, muitas vezes, as entrevistas fossem interrompidas ou mesmo inviabilizadas para algum procedimento.

Como a condição de internação hospitalar determinava a possibilidade de 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. Os dados obtidos foram então submetidos a tratamento de acordo com as estratégias que descreveremos no item 5 deste capítulo.

Lembramos ainda que, ao investigarmos um processo de produção de sentidos, não foi somente à fala das mulheres entrevistadas que recorremos. Além das entrevistas foram realizadas observações na instituição, de modo a permitir o levantamento das práticas relacionadas à efetivação do programa e que permitiram a descrição do contexto imediato de produção dos discursos analisados: qual o ambiente onde as mulheres permaneciam durante a participação no programa, quais rotinas estavam incluídas; quais recursos humanos e materiais eram disponibilizados.

A maior parte das observações foi realizada na ocasião das entrevistas, uma vez que estas ocorreram na própria enfermaria. Aproveitando a ocasião destas visitas à instituição, procuramos acompanhar o movimento na enfermaria, os procedimentos de atenção às mulheres e aos bebês pelos técnicos, a interação das mulheres com os bebês, com os técnicos, com outras mulheres internadas (participantes ou não do programa), com seus familiares e com visitantes. As observações realizadas foram relatadas num diário de campo e depois incluídas na transcrição das entrevistas, de modo a acompanhar a fala das mulheres. Em função desse procedimento ficou evidenciado que, muitas vezes, aquilo que se observava não correspondia àquilo que era dito, a começar pelas próprias condições de permanência das mães canguru na instituição.

Divulgado com a proposta de favorecer o vínculo entre a mãe e seu filho, o Programa Canguru cuja prática pudemos observar por um período de aproximadamente quatro meses, realizava-se num ambiente que pode, sem exagero, ser descrito como conturbado. Nesta instituição o programa se desenvolvia atravessado pela presença de um grande número de pessoas e imerso na rotina hospitalar de exames, remédios, visitas médicas, horários pré-determinados de alimentação, banhos, visitas familiares, etc. Além do trânsito freqüente de pessoas (médicos, acadêmicos de medicina, auxiliares de enfermagem, funcionárias da limpeza ou da cozinha, outras pacientes, acompanhantes das pacientes) o quarto de alojamento conjunto contava também com uma televisão permanentemente ligada, o que tornava os contatos, muitas vezes, tumultuados.

O ambiente em que o contato com as mulheres se deu, exatamente o mesmo em que elas permaneciam durante todo o tempo em que estavam internadas para o programa, emerge das gravações das entrevistas na forma de um burburinho constante. A presença marcante da televisão no quarto do alojamento conjunto, em geral ligada num volume elevado, atravessou todas as entrevistas. Durante os contatos o barulho era, às vezes, tão alto que impossibilitava

ouvir a entrevistada, exigindo que uma mesma pergunta fosse repetida várias vezes. Este contexto imediato produziu ainda uma outra marca importante: as constantes interrupções, que ocorreram em maior ou menor grau em todas as entrevistas, algumas de poucos instantes, outras de 20 ou 30 minutos, tornando o diálogo muitas vezes descontínuo ou impedindo que uma determinada fala pudesse ser melhor explorada.

A opção em realizar as entrevistas desta forma, contudo, relaciona-se à maneira como este trabalho foi concebido. Partimos da afirmação de que as práticas discursivas e não discursivas articulam-se na produção de sentidos. Desse modo, o que estas mulheres apreenderam com relação à experiência de maternidade no Programa Canguru correspondeu, em nosso entender, não só ao que a elas fora dito mas também ao concretamente vivido. Assim, aquilo que por um lado pode ser apontado como um limite, uma restrição no contato com as entrevistadas, foi por nós tomado como a própria condição imediata de constituição de uma certa maneira de significar, e portanto organizador de um determinado processo de produção de sentidos.

5. Estratégia de análise

O material de análise constituiu-se através de entrevistas complementadas com observações realizadas na própria instituição onde o programa estava sendo desenvolvido, durante o período em que as mulheres permaneceram como acompanhantes de seus bebês.

Tendo sempre como referência a concepção do processo de constituição dos sujeitos e sentidos discutida no Capítulo III, ou seja, a mediação teórica que utilizamos, buscamos construir uma estratégia de análise a partir da questão que nos mobilizou (nosso objeto de pesquisa), do material de análise que obtivemos através das entrevistas e observações, e do domínio teórico a que se vincula o nosso trabalho, que é o da Psicologia. Esta estratégia de

análise representa assim uma tentativa de individualizar os fundamentos teóricos que expusemos anteriormente.

Numa primeira etapa do processo de tratamento dos dados buscamos, através de repetidas leituras de cada uma das entrevistas, selecionar os trechos que seriam foco de nossa análise. Apreendemos nesse processo 04 dimensões de análise, constituídas por núcleos de sentido presentes na fala de todas as entrevistadas (cf. AGUIAR, 2001). Entendemos que tais núcleos de sentido não correspondem diretamente às perguntas feitas às entrevistadas mas sim aos elementos que determinam a forma como, para este grupo de mulheres, a concepção de maternidade e a experiência de maternagem foi encontrando um significado, na condição específica que vivenciaram.

PÊCHEUX (1990, p.50) afirma que uma importante exigência no trabalho de análise dos discursos consiste em privilegiar “os gestos de descrição das materialidades lingüísticas”. Na construção de nossa análise procuramos compreender *como o discurso se textualizava*, ou seja, como um discurso, que se caracteriza pela heterogeneidade, transformava-se num texto que, embora também heterogêneo (pois pode ser atravessado por múltiplos discursos) traz a ilusão da unidade e da homogeneidade. No caso deste trabalho, o texto (ou unidades às quais nos dedicaremos a analisar) corresponde aos trechos das entrevistas realizadas, já organizadas em núcleos de sentido. Passamos então a observar, dentro de cada conjunto, a construção do discurso. Atentamos para a maneira como a produção de sentidos acontecia pelo uso das palavras, dos silêncios e pela posição assumida pela pessoa que falava diante daquilo que dizia. Este procedimento fez surgir uma série de inconsistências e incoerências que, marcando a produção dos discursos, expuseram sua constituição heterogênea.

Buscamos assim identificar as estratégias utilizadas pelas mulheres na delimitação da polissemia presente no conjunto de discursos divulgados no hospital a respeito da maternidade e das práticas de maternagem na circunstância específica do Programa Canguru

(uma vez que o próprio discurso oficial sobre o programa é heterogêneo a si próprio em sua aparente homogeneidade, como já discutimos no Capítulo I). Entendemos que este mecanismo de delimitação de fronteiras de significação, de restrição da polissemia, é fundamental na produção de um sentido particular para a experiência vivida, uma vez que indica uma forma específica de relação com os elementos pré-construídos do discurso (com um sentido pré-estabelecido e aparentemente inerente à realidade).

Esta análise do discurso valeu-se portanto de um trabalho com a materialidade das palavras, mas o trabalho aqui executado se distingue daquele que um lingüista faria, uma vez que não dispomos dos muitos recursos que alguém desta área mobilizaria. Esta análise será sempre a análise do discurso que um psicólogo se propõe a fazer, cuja busca se dirige muito mais aos elementos que se articulam a uma certa maneira de significar do que à descrição minuciosa desta mesma construção.

Tais elementos, que envolvem práticas não discursivas, foram tomados das observações realizadas na instituição antes, durante e depois das entrevistas, e nas diversas ocasiões em que visitamos este espaço para contatos com a equipe do hospital. Envolvem portanto não apenas a observação das mulheres em sua prática do programa, mas também o ambiente geral do hospital onde este processo se inseria. Estes elementos incluem, assim, todas as condições especificamente ofertadas pela instituição para a realização do programa (as instalações onde as duplas mãe-bebê permaneciam e as rotinas a que eram submetidas em função do Método Canguru) como também aquelas inerentes à própria instituição hospitalar, não relacionadas diretamente ao programa mas presentes em seu desenvolvimento (o fluxo de técnicos; o contato com pessoas diversas, internos ou visitantes; os equipamentos médicos; as rotinas de banho, medicamentos e alimentação etc), as quais já citamos no item anterior. Estas práticas não discursivas constituem-se um ponto fundamental desta análise, uma vez que é somente a partir delas que o programa realmente se efetiva, adquirindo uma face singular.

CAPÍTULO V

A PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE A

MATERNIDADE E AS PRÁTICAS DE MATERNAGEM

Nesta proposta de análise trabalhamos com o material coletado nas 08 entrevistas realizadas com os sujeitos referidos e nas condições descritas no capítulo IV deste trabalho. A partir do procedimento também descrito no capítulo anterior (item 4) apreendemos 04 dimensões de análise, constituídas por núcleos de sentido presentes na fala de todas as entrevistadas. Acreditamos que tais dimensões de análise correspondam aos elementos que determinam a maneira como, para este grupo de mulheres, a concepção de maternidade e a experiência de maternagem encontram um significado. Estas dimensões são:

- (1) *A família e a religião*, elementos que estão implicados nas experiências anteriores e atuais destas mulheres com a própria maternidade ou com cuidados maternos de outras crianças, mas também influem na forma como estas mulheres administram situações críticas, como um problema de saúde;
- (2) *O impacto diante do nascimento prematuro*, que distingue a relação com o bebê tanto para mulheres que já têm outros filhos quanto para aquelas que estão se tornando mães pela primeira vez;
- (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, tanto na instituição onde se desenvolveu a pesquisa (antes e durante a participação no Programa Canguru), quanto em seus municípios de origem (nas consultas do pré-natal e no período pós-parto, quando voltaram para casa e o bebê permaneceu na instituição);
- (4) *A experiência com o Programa Canguru*, com as práticas discursivas e não discursivas a ele relacionadas.

1. Família e religião: os principais organizadores da experiência

Para esta análise partimos da idéia de que a estrutura familiar e a condição social das entrevistadas constituem-se importantes elementos para a produção de sentidos sobre a maternidade e as práticas de maternagem. Entendemos que, no Brasil, o conceito de família representa um valor fundamental na organização do universo simbólico da maior parte dos indivíduos, veiculando um conjunto de práticas discursivas e não discursivas cujas principais características neste grupo específico buscamos apreender. Em função disso, as referências aos valores familiares presentes nas entrevistas foram selecionadas de forma que pudéssemos, ainda que brevemente, delinear as configurações que o papel materno adquire para estas mulheres. Lembramos, contudo, que a constituição familiar brasileira é bastante heterogênea; esta variedade também se fez presente no material analisado.

Além das referências à família, selecionamos também dos relatos algumas indicações quanto às formas como as entrevistadas e seus familiares encontravam apoio no meio social para a organização de sua subsistência, em situações cotidianas e especialmente em momentos críticos (situações de desemprego, problemas de saúde, etc.). Este foco analítico foi desenvolvido por acreditarmos que estas estratégias serão essenciais para o enfrentamento da situação crítica gerada pelo nascimento de um bebê prematuro.

Da análise das entrevistas apreende-se uma estrutura familiar fortemente marcada pela divisão de papéis entre os sexos, tanto no que concerne às tarefas que garantem a subsistência da família, quanto no valor claramente distinto atribuído aos gêneros. Neste contexto, a mulher é diferente do homem e os adultos das crianças. Em alguns relatos esta distinção é muito nítida, explicitando com clareza quais as obrigações de cada um – do pai e da mãe – dentro da família. Dentro deste universo de valores, a mulher deve se responsabilizar pelas

atividades domésticas (lavar e passar roupas, limpar a casa, cozinhar) e pelo cuidado com os filhos; a maternagem é uma função exclusivamente feminina, preferencialmente da mãe.

*Não gosto de ficar aqui (no hospital) porque... que nem eu estou falando, que eu tenho 5 em casa, não tenho só ele né, tem os outros [...] então fica tudo bagunçado sabe, prá limpar a casa, prá lavar a roupa, fazer comida prá ela (a filha mais velha) sozinha de 14 anos é muito, tadinha. Porque **o menino é homem mas não ajuda em nada, sabe. Então eu não queria ficar aqui muito tempo por causa disso. Roupa prá lavar, comida prá fazer, casa prá limpar e eu estando em casa já ajudo muito eles, né. [...] Porque a mãe sente falta dos filhos em qualquer lugar agora o pai não. Agora o pai não. O pai, se tiver os filhos ali junto, tenho certeza que vai sentir falta de um, só vai sentir falta na hora de dormir que tem que trancar a casa, sabe? Não é igual à mãe não, a mãe preocupa mais que o pai. [...] O pai se preocupa mais é na alimentação das crianças, na educação e no estudo. E a mãe já é mais... sair da rua, prá não fazer bagunça, não andar com quem não presta...***

(Ana, 33 anos, 6º filho)

O valor social atribuído aos sexos é muito distinto: parece haver uma preferência (às vezes claramente assumida) pelo sexo masculino. Na relação da mãe com os filhos esta distinção já se inicia na gestação, mostrando-se ainda mais freqüente na primeira gravidez. Quando a preferência em relação ao sexo da criança é por uma menina, este desejo geralmente reflete a necessidade da mãe de encontrar alguém com quem compartilhar as responsabilidades que a vida traz.

*Eu, antes de ficar grávida, **eu queria menino**. Só que depois que eu fiquei grávida eu não me importava mais se era menino, se era menina...*

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

(E você achava que ia ter uma menina?) *Não, no início eu achei que ia ser menino. Aí na ultra-som deu menina. (E o pai, esperava o quê?) Menino também. É assim, uma intuição meio... falsa né? (ri)*

(Fátima, 26 anos, 1º filho)

Ele queria menino. Depois que ele viu que era menina ele não demonstrou nenhum interesse. [...]. **Eu queria menina.** Menina. [...] Toda mulher acho que sonha com uma menininha né, que é **para ser companheira.** [...] (Você acha que vai fazer mais companhia?) Ah vai, quando ela tiver maiorzinha **ela vai me ajudar cuidar da minha mãe né, se ela estiver viva até lá. E de mim...**

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

Esta preferência inicial pelo sexo masculino presente nos relatos acaba sendo reforçada por cuidados materiais diferentes dirigidos às meninas e aos meninos, implicando numa forma distinta de maternagem para os filhos de cada sexo. A ação da mãe pode favorecer um contato maior ou não com cada criança, dependendo de seu sexo, construindo uma relação mais próxima e íntima de acordo com sua preferência da mãe por um sexo ou outro. No entanto esta ação raramente é assumida pela mulher; nos relatos, o comportamento diferente de meninos e meninas é atribuído à sua própria natureza (masculina ou feminina), jamais emerge como resultado de cuidados maternos distintos.

Ah, sei lá, porque (menina) é mais gostosinho da gente cuidar, quando ela tiver maiorzinha ela vai me entender, vai me ajudar. Menino só quer saber de correr na rua, de soltar pipa.

(Gilda)

Eu tenho as três meninas mas... nunca dei mamar prá elas no peito e elas também nunca procurou. Então criei elas com mamadeira. E

*foi indo. **Agora os meninos não.** O meu menino de 12 anos mamou até um ano. E esse outro meu de 05 anos... ele mamou até uns nove meses. E depois largou por largar. Também não mamou mamadeira nem chupeta. Os meninos, porque as meninas... era uma mamadeira atrás da outra, era chupeta, e chupa chupeta até hoje. Só não a mais velha mas as outras duas ainda chupa.*

(Ana, 33 anos, 6º filho)

O projeto familiar que estas mulheres desenham no decorrer das entrevistas é muito heterogêneo com relação ao número de filhos, abarcando desde aquelas que afirmavam seu desejo de uma família com muitas crianças, até aquelas para quem o número reduzido de filhos aparece como ideal. Neste último caso, observamos a valorização de um modelo familiar típico das camadas médias, com um forte investimento afetivo e financeiro em apenas uma ou duas crianças. Em qualquer das situações o sonho de ter filhos parece relacionar-se à intensa valorização do papel materno na constituição da identidade social da mulher. No entanto, enquanto para algumas esta configuração se dá pela via quase que exclusiva da maternidade, outras enfatizam a responsabilidade do papel materno sem torná-lo exclusivo.

*O meu sonho desde criança **era ter seis filhos.** Só que o sonho que eu sempre tive graças a Deus foi realizado. Era ter assim três meninos e três meninas. [...]O meu sonho era. Quando eu tinha oito anos eu já tinha esse sonho.*

(Ana)

*Ah, **prá ter filho hoje você tem que pensar bastante** porque filho hoje não respeita mais pai. Sei lá, a educação do filho hoje não é mais o que você aprendeu com seu pai e sua mãe. Já é outra coisa, as*

*coisas evoluíram muito, sei lá. Eu acho que é **muito difícil** você ser pai, você querer ter filho [...] Eu acho que **quanto menos, melhor**.*

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

No desempenho de suas atividades a mulher pode receber ajuda de outras mulheres do núcleo familiar – suas próprias filhas ou alguma parente como a mãe, a sogra, suas irmãs ou cunhadas. A solidariedade familiar é pois essencial na organização da vida cotidiana. Quando a mulher precisa se ausentar de casa ou está impedida de exercer suas funções domésticas é preciso encontrar alguém em condições de assumir suas incumbências. Quando a família ampla está presente, pode fornecer este elemento:

*Tenho **minha mãe** né, e **minha sogra** ajuda. [...] Minha sogra, cunhada... Eu tenho bastante **cunhadas**. Elas me dão uma mão [...] eu tive que ficar de repouso né, durante esse tempo todo até ganhar... Elas me ajudam bastante. [...]. (E deu prá fazer repouso?) Ah, deu porque é só eu e meu marido né, aí elas vinham fazer as coisas prá mim e eu ficava a maior parte do tempo deitada.*

(Fátima, 26 anos, 1º filho)

Entretanto, se os laços sociais da família são frágeis, ou quando esta se restringe ao núcleo pai-mãe-filhos, substituir a mãe ausente passa a ser uma tarefa difícil e seu afastamento torna-se fator de grande preocupação, especialmente quando ela já tem outros filhos. Nestas famílias o recurso ao auxílio pago, com a contratação de babás ou de outros funcionários é freqüentemente inviabilizado pela precariedade dos recursos disponíveis. Esta opção só é aventada em situações muito especiais, pois certamente implicará numa sobrecarga financeira. É preciso então buscar outras estratégias, que não impliquem trocas monetárias; o mais comum é que se recorra à solidariedade dos membros da comunidade. Se nem isso é possível, a mulher terá que deixar o grupo desassistido, contanto apenas consigo mesmo.

[...] Porque é assim: os meus filhos estão grandes. Geralmente quando eu chego prá almoçar é a hora que eles estão acordando. Eles ficam com a minha vizinha lá que dá... que fica sempre olhando prá mim, né? Mas agora com essa bebezinha aqui eu vou ter que pagar alguém. (Não tem ninguém da sua família que ajude, que possa ajudar?) Não. Não, não tem. Porque todos trabalham, né. Então eu vou ter que me virar pagando prá alguém Mas vai ter que ser uma pessoa de muita confiança, uma pessoa que eu conheça muito mesmo (ênfatisa). Não vai ser qualquer uma, sem conhecer que eu vou pegar e enfiar dentro de casa não, né.

(Deise, 35 anos, 3º filho)

É a (filha) mais velha que toma conta... Porque meus parentes mesmo só vai na minha casa quando eu estou lá. Quando eu não estou ninguém vai. E eu tenho bastante parente mas ninguém vai não. [...]. Quando eu não estou, que eu preciso prá ficar alguém com meus filhos, não encontro ninguém. Então quem fica com eles mesmo é a mais velha. [...]Eu não tive apoio deles e nem tenho. Sabe, eu ensinei tudo prá ela quando... quando ela era pequena eu já comecei ensinando as coisas prá ela porque... Eu falo prá ela – prá eles tudo – que se um dia eu chegar a faltar eles sabem fazer pelo menos as coisas de comer. Ela sabe fazer tudo, ela sabe lavar roupa, sabe fazer comida, limpar casa [...] Só que não é que nem eu né, mas faz. [...] Bom, diz o meu marido que hoje ela não fez almoço. [...]

(Ana, 33 anos, 6º filho)

Ana, sem poder contar com o apoio do grupo familiar, tem que deixar suas tarefas domésticas por conta da filha mais velha, de 14 anos. Este arranjo contudo produz conflito: em alguns momentos, ela parece se convencer de que ficarão todos bem, mas em outros demonstra sua preocupação por não poder assisti-los. O apoio que Ana encontra em situações

críticas advém fundamentalmente da família nuclear, de seu marido e dos filhos, sendo que a natureza deste suporte é bastante concreta, descrita como a ajuda material que recebe deles; quando há referências a um apoio afetivo, este é mediado pela religiosidade.

O apelo à religião surge assim como a estratégia fundamental empregada por estas mulheres para encontrar amparo emocional diante das dificuldades da vida. Os valores religiosos, de origem predominantemente cristã (católica ou evangélica) constituem-se também num importante elemento para a educação dos filhos. A transmissão desses valores religiosos aparece entre as outras responsabilidades da mulher, associando-se ao exercício da função materna.

O único apoio que eu tenho mesmo, graças a Deus, é de Deus, dos meus cinco filhos e do meu marido. Não tenho mais apoio de ninguém. Prá nada. [...] Meu marido que me dá apoio. Ele que me dá apoio porque ele vive comigo, vive com as crianças, se está sem o que comer dentro de casa é ele que põe...

[...]

Eu sou católica (ri). Eu não estou indo na igreja porque eu estou aqui, porque dia de domingo eu vou. Todo domingo e toda terça-feira eu vou na missa.[...] E eles (os filhos) também reza sabe, bastante, porque também... são tudo igual a eu.

(Ana, 33 anos, 6º filho)

Embora a função materna seja freqüentemente descrita a partir do cuidado material, é a afetividade que vai distinguir o cuidado da mãe daquele que qualquer outra mulher pode oferecer. Todas as mulheres que tinham mais de um filho demonstram em seus relatos alguma preocupação suas outras crianças durante a participação no Programa Canguru. Isso acontece mesmo quando elas sabem que estas crianças estavam amparadas por suas famílias. A preocupação com a casa e saudade dos outros filhos são queixas constantes das entrevistadas

pois para ficar com o bebê precisam abandonar suas tarefas, deixando-as aos cuidados de outras pessoas. Esta situação expõe a falta material destas famílias (a dificuldade de ir ao hospital, de trazer coisas para o bebê) e a falta de amparo social (os outros filhos têm que ser assistidos por membros da família extensa, nem sempre disponíveis). A mãe está sempre em falta, ou com o bebê que está no hospital ou com os filhos que estão em casa. Carmem e Helena falam da saudade que sentem dos outros filhos e do conflito que a necessidade de permanecer no hospital lhes provoca:

*Ah, porque (ficar no hospital) **dá muita saudade** né, da gente ficar longe sabendo que ficou alguém prá trás né. Mesmo sabendo que está bem mas **a gente fica assim... sentida por estar aqui** e o outro estar lá.*

(Carmem, 27 anos, 3º filho)

*A gente quer saber né, mesmo que está com a mãe né, a gente quer ligar para saber (da família). [...] Eles falam que eu tenho que ficar calma, não posso pensar em nada, como? Não tem como... né? Pensar só no neném não tem como. Eu não consigo pensar só nele e esquecer os outros. [...] Porque **é duro...**[...] **Não dá para esquecer**, eu vou esquecer a minha casa? Não tem como.*

(Helena, 24 anos, 3º filho)

*É a primeira vez que eu fico longe deles (dos filhos). Eles nunca ficaram longe de mim né. Desde quando nasceram. O afastamento máximo que eu tenho deles é o meu... o tempo do meu horário de trabalho. E aí eu ficava aqui, eu ficava desesperada, eu falava: “Gente, eu não acredito que eu vou ter que ficar todo esse tempo sem meus filhos, gente!” **Ficava desesperada.***

(Deise, 35 anos, 3º filho)

De forma semelhante, Ana expressa o conflito de ter sempre que se afastar de alguém – do bebê ou dos outros filhos – em função da internação hospitalar. Inicialmente foi a necessidade de ir para casa deixando o filho internado que a entristeceu, porém estar com ele no hospital deixando os outros filhos também a preocupa. Novamente é na religião que busca amparo:

*Foi triste para mim porque... eu ir embora e deixar ele, sabe? Mas só que... eu tinha que colocar na minha cabeça que eu tenho os outros. Só que os outros já sabem comer, sabem beber, sabem... se virar sozinhos, e ele não. Só que não adiantava nada também eu ficar com ele aqui sem poder ter ele nos meus braços [...] sem poder a mãe tocar nele, então eu fui prá casa na tristeza de deixar ele só. **Mas eu não deixei ele sozinho porque ele estava na mão de Deus, ele estava na mão de Deus porque depois de Deus, eu, sabe? E eu fui para casa para cuidar dos outros. Então eu tinha tempo de cuidar dos outros e de cuidar dele. Agora enquanto eu estiver aqui não, enquanto eu estiver aqui eu estou cuidando só dele. E os outros está em casa com meu marido que trabalha de dia e chega a noite, e na mão de Deus. E eu estou com ele aqui.***

(Ana, 33 anos, 6º filho)

As concepções de maternidade que emergem dos relatos valorizam portanto o cuidado material com a criança, porém desde que este inclua uma relação afetiva. Esta afetividade em relação aos filhos, sempre citada e valorizada, contudo nem sempre é descrita como um vínculo que se expressa espontaneamente; algumas vezes é relatada como uma “obrigação de mãe”, como parte das delimitações sociais para o papel materno:

*Ah, porque a (filha) da gente **a gente sabe que tem que proteger... É obrigação sua dar carinho, dar amor, dos outros não. Dos outros***

você cuida, tudo bem, você pode... *Que nem eu, eu gosto de bebê mesmo, eu gosto de criança. Então eu... No fim eu dou carinho, mas*
você não tem essa obrigação de educar, de nada. E o seu não. O seu é diferente. *Ele vai aprender o que você ensinar prá ele.*

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

Se a mulher é responsável pelo cuidado da casa, pela educação dos filhos e pelo amparo afetivo da família, cabe ao homem o sustento financeiro de todo o grupo: como a maioria das mulheres não trabalha fora de casa, a renda familiar é proveniente apenas do salário do marido. Entretanto, as atividades exercidas em geral garantem baixa remuneração (entre 3 e 5 salários mínimos), suficiente apenas para despesas básicas (se tanto). Para algumas mulheres é difícil até mesmo precisar qual a renda mensal de sua família; o gasto acontece conforme há dinheiro disponível. Esta situação precária se complica ainda mais se o emprego do marido falta.

A baixa remuneração impõe a complementação da renda pelo recurso a programas sociais (como o bolsa-escola) ou ao auxílio não sistematizado do Estado, o qual a família precisa reivindicar, especialmente em situações como um problema de saúde de algum de seus membros. O auxílio recebido de programas públicos entretanto é irregular, atendendo às necessidades da família em alguns momentos mas em outros não. O acesso a estes benefícios condiciona-se portanto à existência de recursos no município mas, muitas vezes, depende também da habilidade do usuário em mobilizar a assistência pública, recorrendo a várias instituições e/ou pessoas para obter o que precisa.

Eu vinha porque lá em Anastácio eles ofereciam a perua, né? E na perua que eu vinha. Quando não tinha vaga na perua eles me davam passe e eu vinha de passe oferecido pela prefeitura. [...] Porque prá mim vir todo dia, todo dia, com condições do meu bolso eu não ia ter

mesmo né. E o que eles fez prá mim eu agradeço muito. Porque eu podia estar aqui junto dela todos os dias.

(Carmem, 27 anos, 3º filho)

*[...] a acadêmica que passou aqui, ela é do... da assistente social né, ela falou que se precisar de ambulância tem que conversar com a M. (assistente social do hospital), que **a M. arruma as coisas e tal...** [...] Aí eu falei, porque se for para mim vir de ônibus direto não vai dar para vir de dois em dois dias, de duas em duas semanas. Ela falou que não, **eles arrumam ambulância, comunica com a ambulância da minha cidade para me trazer.** Aí ficou assim, vamos ver.*

(Helena, 24 anos, 3º filho)

*Eu tinha um dinheiro prá receber **do bolsa-escola. Então, estava atrasado,** e era prá mim ir numa sexta-feira [...]. Aí eu fui para o ponto de ônibus prá pegar o ônibus prá ir receber o dinheiro, só que quando eu cheguei no ponto eu comecei a sangrar muito.*

(Ana, 33 anos, 6º filho)

O ônus representado pelos cuidados com um bebê pré-termo pode ser excessivo para estas famílias, pois exige de seus membros deslocamentos freqüentes para visitas ao médico ou ao hospital, além do provimento de fraldas descartáveis e sabonete infantil para a criança. Estes produtos serão utilizados no hospital mas seu fornecimento pelo Estado é restrito; tais artigos são então solicitados ao usuário, que deve disponibilizar recursos próprios para fornecê-los. Dessa forma, quando o apoio do Estado é precário, recai sobre o homem a responsabilidade de prover o recém nascido destes itens:

*Não faltei uma vez sem ver ele só que eu não podia vir todos os dias né, porque eu moro longe, tinha que pagar passagem de ônibus, **a passagem de ônibus do nosso bolso sem ter condições, e... aí eu***

vinha duas vezes por semana ver ele. Trazer o leite prá ele. Ele nunca ficou nenhum dia sem tomar meu leite.

[...]

*Sabe, que as roupinhas eu ganhei. É, as roupinhas graças a Deus eu ganhei mas **fralda tive que comprar. Sabonete também** A banheira. É... fralda descartável mesmo eu ganhei só um pacote aqui, que a assistente social ainda me **deu mas esse tempo todo foi ele** (o marido) **comprando prá trazer...***

(Ana, 33 anos, 6º filho)

Numa camada da população marcada pela baixa remuneração no trabalho, o acesso a bens de consumo e a solução de problemas financeiros requer o emprego de inúmeras outras estratégias. A criatividade de cada um e a solidariedade dos membros família e da comunidade mostram-se importantes, garantindo a subsistência até mesmo em situações corriqueiras. Em situações adversas ou imprevistas, como o parto prematuro, estes recursos tornam-se fundamentais. É através apoio solidário da família, de amigos ou mesmo de pessoas estranhas que muitas entrevistadas podem viabilizar sua presença no hospital, garantir o enxoval básico da criança, além resolver questões relacionadas à administração da casa e ao cuidado com os filhos, como já vimos.

*Eu ia em casa, vinha no hospital, eu... às vezes eu até dormia aqui no hospital mesmo, porque por eu ser de Primavera (município à cerca de 230km do hospital), aí então eles... **Eu consegui com a assistente social de eu ficar aqui no hospital**, às vezes eu vinha e ficava dois dias aqui e dois dias em Primavera porque prá mim ir e voltar todo dia é... era difícil, uma que fica muito caro né, prá ir de ônibus e voltar.(...) Uma que se tornava cansativo e a despesa era muito grande. Aí eu fiquei alguns dias numa pensão aqui perto do Estadual, perto do Rio 400 (posto de gasolina) e... Fiquei esse tempo nessa pensão e a senhora lá foi... Ela falou... **Ela colaborou bastante com***

a gente lá, ela facilitou assim, o pagamento, assim, ela... Até assim, ela não servia almoço e janta mas só que ela... Ela permitiu que a gente, por ser um caso de doença assim, de estar no hospital, ela permitia que a gente cozinhasse na casa dela. (A dona da pensão ajudou você então?) **Ajudou. E muitos, muitos ajudaram, me ajudaram.**

(Edna, 22 anos, 1º filhos gêmeos)

Pois é, (quando o bebê nasceu) *mas eu já tinha berço já, roupinha eu tinha um bocado, mas depois que ela nasceu apareceu um monte de coisa [...]* Para dizer que eu não comprei nada, eu comprei cobertor, só. **O resto foi tudo que deram.** (Quem?) **Meu sogro** deu berço, deu cômoda... e os outros foi **amigo meu [...]** Começou a trazer: “Eu tenho coisa de bebê, se você quiser” Falei “Ué, mas...” (assente com a cabeça). Até porque coisa de bebê é coisa que você usa pouquinho e... Então eu ganhei muita coisa nova mesmo, compraram e me deram, outras já usadas mas eu não me importo. Melhor até porque ele estava desempregado e.. Estava apertado as coisas, então prá mim foi melhor.

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

A preocupação com a subsistência é marcante em muitos momentos das entrevistas. Em alguns relatos a Unidade Básica de Saúde (UBS), referida como “posto de saúde” ou “postinho”, aparece como uma instituição que cumpre diversas funções sociais, muitas vezes ultrapassando em suas ações o cuidado com a saúde. Seus funcionários, além de disponibilizar consultas e fornecer remédios à população, também dão recados, oferecem apoio material e emocional, providenciam transporte, suplemento alimentar, etc. No entanto, nem mesmo esta forma ampla de intervenção pode atender às necessidades projetadas na assistência pública pelo usuário. Mais uma vez lembramos que a assistência ofertada é muito diversa, variando de

município para município, tanto com relação à disponibilidade de profissionais e de serviços quanto no que diz respeito à qualidade dos mesmos.

Na fala de Ana, a UBS é uma presença constante. É ao “postinho”, mais que à sua família, que ela recorre, é de lá vem a ajuda para muitos momentos difíceis e são os funcionários da UBS que assumem funções que seriam de sua família. O relato de Gilda também deixa entrever o papel do Estado, através dos profissionais de saúde, na organização de sua vida cotidiana.

*A minha família? (ri) Ah, meu Deus! Pois se eu ganhei esse menino, eu ficava mais no hospital, ficava mais no hospital que em casa e eles não foram fazer nada prá mim, por que é que eles iam agora? Vai nada! Para não dizer que não foram, foi a própria... **a agente do postinho, que trabalha no postinho, que foi limpar minha casa quando eu ganhei esse menino, que eu fiquei aqui. Porque ninguém foi lá fazer nada prá mim. Ela que teve que ir lá ajudar minha menina a fazer serviço.***

[...]

*Eu levei (uma receita médica) no postinho e a agente do postinho falou que tem que comprar, sabe, que é de comprar. Só que eu falei que não tinha condições de comprar, que era pouquinho mas eu não tinha dinheiro prá comprar. **Aí ela conseguiu prá mim lá em Machado.** [...].*

(Ana, 33 anos, 6º filho)

*(Quando soube que estava grávida) Eu senti arrependimento, senti... vontade de tirar, vontade de ter, vontade de tirar que até eu **tive que conversar com a Assistente Social lá do postinho** perto da minha casa e ela falando, me dando conselho e eu: “Não, não quero, não quero filho, porque eu preciso cuidar da minha mãe, do meu irmão, não quero, é responsabilidade demais”.*

[...]

*Os médico estão indo lá, quase todo dia em casa, **do PSF**, eu acho que é que fala, que **é o médico da família**. (Eles vão ver seu irmão?) Vai. Daí eles estão dando... dá remédio, leva remédio, leva pomada para passar nas ferida dele. O corpo dele é constantemente cheio de assadura... Eles leva gazes, soro para limpar.*

(Gilda, 16 anos, 6º filho)

A qualidade do serviço oferecido a estas mulheres ou a suas famílias nem sempre é questionada; quando se referem à assistência recebida pelo sistema de saúde de seus municípios, a maioria mostra-se grata, dando a entender que só pela intervenção do Estado poderiam se fazer presentes no hospital. Para muitas delas dispor destes serviços se assemelha mais a receber uma dádiva, um presente, que exercer um direito de cidadão:

*(A prefeitura) Ajudou eu e bastante. Porque prá mim vir todo dia, todo dia, com condições do meu bolso eu não ia ter mesmo né. E **o que eles fez prá mim eu agradeço muito**. Porque eu podia estar aqui junto dela todos os dias.*

(Carmem, 27 anos, 3º filho)

Durante o período em que as entrevistadas permanecem no hospital para o Programa Canguru elas tentarão se organizar a partir dos mesmos valores familiares e através das mesmas estratégias de que se utilizam para administrar a realidade cotidiana. No entanto, a presença delas no programa implica numa sobrecarga para suas famílias, cuja organização assenta-se num modelo hierárquico, com uma clara divisão de papéis entre os sexos. Em função disso, a ausência da mulher deixa desassistida a casa e os filhos. A necessidade do apoio solidário da família e da comunidade será mais evidente, bem como o recurso à religião como fonte de amparo emocional. A presença do Estado através dos profissionais de saúde se tornará mais intensa, convertendo-se num outro elemento imbricado na produção de sentidos

sobre o papel materno. Assim, esta aproximação com as instituições de saúde, decorrente de um evento inusitado (o parto prematuro) implicará em novas experiências para estas mulheres, demandando também o desenvolvimento de outras estratégias de enfrentamento, as quais repercutirão na produção de sentidos sobre o papel materno.

2. O impacto do nascimento prematuro: a angústia diante do inesperado

A condição prematura do nascimento, interrompendo de forma inesperada o desenvolvimento da gravidez, emerge das entrevistas como um segundo elemento a se entrelaçar no processo de produção de sentidos para o papel materno. Esta ocorrência causa um forte impacto e confere uma forma específica à concepção de maternidade e às práticas de maternagem. Foi justamente esta intercorrência que tornou necessária a separação inicial entre o bebê e sua mãe e a posterior participação de ambos no Programa Canguru.

Lembramos que a mãe volta para casa no máximo três dias após parto. O bebê fica no hospital por um período que pode se restringir a alguns dias ou prolongar-se por semanas até que o Programa Canguru possa se iniciar. As condições clínicas da criança é que determinam a extensão deste período que, em geral, será tão maior quanto mais prematuro o bebê for. No caso dos filhos de Deise (03 dias), Beatriz (08 dias), Gilda (10 dias) e Fátima (13 dias) este intervalo foi relativamente curto, mas em geral há um prolongamento maior da internação. Os filhos de Helena (01 mês e 09 dias), Carmem (01 mês e 10 dias) e Ana (01 mês e 19 dias), por exemplo, permaneceram no hospital por mais de um mês. Ocorreram mesmo casos da internação superar dois meses, como sucedido com um dos filhos de Edna. Seus bebês gêmeos nasceram tão prematuros e em condição tão delicada que um deles necessitou de 02 meses e 14 dias de internação no Berçário antes que a participação no Programa Canguru fosse possível.

Os primeiros elementos evocados quando se indaga sobre as condições de nascimento da criança são a surpresa e o sofrimento causados pelo seu nascimento inesperadamente precoce; a angústia e a incerteza devido à sua frágil condição clínica; e a tristeza causada pela inevitável separação que sua internação promove. Ana descreve a ruptura que o parto prematuro impôs à relação que vinha desenvolvendo com seu bebê já desde a gestação e o sofrimento que esta ocorrência trouxe para ela e seu marido; para Beatriz não só a prematuridade é surpresa, também a condição de saúde da criança é inesperada:

*A gente já sofre com ele na barriga sabe, a gente não vê a hora de nascer logo prá pegar no colo, prá abraçar, beijar, prá dar o carinho. Então quer dizer que mesmo ele estando dentro da barriga a gente conversa com ele, porque eu conversava com ele quando ele estava dentro da minha barriga sabe, conversava com ele, se eu passasse algum nervoso eu contava prá ele na minha barriga (rī), se os meninos faziam bagunça eu contava prá ele como coisa que ele já tinha nascido sabe? Então depois que ele nasceu, que ele foi prá dentro daquele... negócio de vidro lá embaixo **eu quase morri quando eu vi**. Ainda meu marido e eu também ‘cheguemo’ a dizer que **ele não ia sobreviver**, que **era muito pequenininho** sabe?*

(Ana, 33 anos, 6º filho)

*Eu sempre pensei que eu ia ter, ia ficar uns três dias e ir prá casa. **Nunca pensei que eu fosse ter bebê prematuro**, principalmente prematuro e **com retardamento de crescimento**. Eu pensei que ia ter um bebê super saudável.*

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

O parto prematuro frustra as expectativas que a mulher nutre em relação à criança, impondo-lhe um bebê diferente do idealizado. Ao mesmo tempo em que antecipa o contato da mulher com a realidade de ser mãe, impõe-lhe a separação da criança, fazendo com que as

práticas que concretizam esta relação sejam adiadas. A esta situação de grande sofrimento cada mulher responderá de forma específica; Ana nos fala da estratégia que usou para lidar com a separação de seu filho, cuidando de suas coisas durante o tempo em que ainda não podia cuidar dele:

Ixe, era tão ruim prá dormir de noite em casa, ave Maria. A gente querendo dormir e não conseguia dormir pensando nele aqui, ah... é triste. Só quem passou por isso aqui que deve saber como é triste a gente estar em casa sem poder ter o filho do lado. Ave, é triste... Saber que tem o filho, saber que tem as coisas tudo do filho e não poder usar porque não... a criança não está junto prá poder usar. As roupas dele mesmo eu lavava quase todo dia. Só prá ver roupa no varal. Lavava, passava, guardava tudo de novo. Todo dia limpava as coisinhas dele. Não via a hora, vixe... [...].

(Ana, 33 anos, 6º filho)

O parto prematuro traz também uma série de dúvidas, despertando fantasias com relação à integridade física e mental da criança, além de frustrar as expectativas construídas com relação ao bebê na gravidez. Mesmo quem já tem outros filhos percebe o cuidado com o prematuro como uma situação nova, para a qual outras experiências de maternagem não oferecem referência.

A experiência materna imaginada por Beatriz tinha como referência seu contato com outras crianças das quais já cuidou, na sua família ou no trabalho. Diante do nascimento de sua filha espanta-se, fica surpresa e parece não se sentir capaz de cuidar dela. A antecipação inesperada do parto produz na mulher um conjunto de incertezas com relação à sobrevivência da criança e gera, ao mesmo tempo, dúvidas com relação à sua capacidade de ser mãe. Beatriz retrata sua insegurança e seu medo diante da fragilidade da filha, para ela diferente de outros

bebês “normais”. A prematuridade do bebê distingue sua experiência anterior no cuidado com crianças de sua vivência atual de maternagem:

*Já (cuidei). Mas nunca de **criança prematura**. Sempre de **criança normal**, nascida no **tempo certo, tamanho certo**... É porque dá **medo** a gente pegar um bebezinho assim não é, parece... Sei lá, parece que você vai quebrar ele... (ri, sem jeito).*

Mesmo para quem já vivenciou a maternidade, a experiência atual é relatada como diferente, uma “primeira vez” que distingue seu último parto dos demais e se confronta com as experiências anteriores de cuidados maternos. Carmem fala, de forma peculiar, de sua falta de informações com relação aos cuidados exigidos por um prematuro:

*Eu nunca tinha visto assim... **não tinha assim assunto, por dentro, de criança que nascesse pequeninha assim, muito. Então prá mim era os nove meses, ou sete completo mas quem estivesse assim bem forte. Aí eu já fiquei com medo.***

(Carmem, 27 anos, 3º filho)

Deise, mãe de outros dois filhos, e mesmo Ana, mãe de cinco filhos antes deste, relatam sua crença na necessidade de recorrer a outras atitudes para cuidar de seu bebê prematuro, distintas das que se habituaram a usar com os demais:

*Com os outros eu ganhava eles e com dois dias, três dias ia prá casa, [...]. **Com os outros não tinha isso. Agora com ele eu vou ter muito, muito cuidado com ele porque ele é muito pequeninho e... e ele não nasceu igual os outros, ele nasceu diferente**, porque os que eu tenho não é de sete meses, não foi prematuro, foi tudo gordo, tudo de nove meses então eu não passei por tudo isso. Então isso que eu estou*

*passando agora prá mim é uma experiência. **Uma experiência que eu nunca tive.***

(Ana, 27 anos, 6º filho)

*Ah, 35 anos, **eu nunca imaginei...** [...]Eu falava assim: “Meu Deus, como é que eu vou cuidar de neném, agora que **eu não sei mais de nada!**”. E eu via esses prematuros aí, **eu ficava desesperada, sabe?** [...] Essa aqui vai ficar prá história. Hoje eu estava falando... falando prá enfermeira. Eu falei assim: “Essa daqui **vai ser um xodó tão grande** por causa do trabalho que ela deu!” Por causa da gravidez né, **tudo muito complicado...** Ela vai ser um... nossa! Essa daqui **foi especial mesmo.***

(Deise, 35 anos, 3º filho)

A permanência do bebê no berçário, necessária em função de sua condição clínica, é relatada como um sofrimento físico e psíquico, para ele e para a mãe, que sofre ao vê-lo sofrer. O espanto diante dos procedimentos médicos a que o bebê é submetido é grande, demandando estratégias específicas para relatar estas experiências. Assim, quando é possível falar a respeito, os relatos surgem cortados por muitos silêncios, com frases incompletas, indicando a profunda comoção destas mulheres. Outras vezes, porém, seus relatos reproduzem a fala de alguém, geralmente de algum técnico ou de um membro da família com quem elas compartilharam aquelas experiências.

Muito do que estas mulheres viram e ouviram é familiar apenas para quem as condições de uma internação hospitalar são rotineiras, o que não é o caso da maioria delas. Termos como “*incubadora*”, “*berçário patológico*”, “*berçário de engorda*”, “*UTI neonatal*”, difíceis até de pronunciar, precisam adquirir sentido e são incorporados muitas vezes sem muita compreensão da função real que estes lugares, objetos ou procedimentos ocupam na recuperação da criança. Usar as palavras de um outro, como o profissional de saúde, que

supostamente sabe melhor significar os elementos daquela nova realidade, pode ajudar neste processo de apropriação, emprestando do outro alguma veracidade à própria experiência. Entendemos também que esta mesma estratégia permite alternar a distância entre o sujeito que diz e aquilo que é dito; nesse movimento os sentimentos ora são mais evidentes, ora mais distantes, e às vezes parecem ter sido vividos não só num outro tempo mas também por outra pessoa. Para Beatriz é mais fácil falar de seus sentimentos através da filha, utilizando-se de uma imitação de voz infantil para introduzi-la em seu relato:

(Dirige-se ao bebê, no seu colo, usando uma linguagem infantil, como se ele falasse) **Ah, mãezinha ficou muito preocupada.** *Era muito pequeninha, muito magrinha... Nem tanto pequena como magra...* (Indagada sobre como o bebê estava no berçário, emociona-se, quase chora) *Ela nasceu com insuficiência respiratória, ela foi prá tomar oxigênio. [...] Estava só na estufa com oxigênio dentro. Ela não estava com tubo não. Aí logo ela... No outro dia ela saiu, só que ela estava tomando antibiótico, aí com dois, três dias ela saiu, com quatro dias ela saiu do berçário patológico e foi para o (berçário de) engorda.*

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

O recurso à fala do outro pode, assim, representar uma tentativa de alcançar algum controle sobre as lembranças e sentimentos vividos naquele período. Além desta estratégia, parece-nos que relatar as minúcias do que viveram pode ser também uma forma empregada pelas entrevistadas de se apropriar desta experiência. A descrição detalhada de cada etapa do processo vivido parece conferir uma aparência de integração da mulher nestas ocorrências, o que não implica que elas as tenham verdadeiramente assimilado. Enquanto ocupa-se em descrever fatos concretos exaustivamente, o sujeito que fala evita mencionar os sentimentos que estes fatos despertam; pode também, com esta descrição, esvaziar a experiência da

emoção ao apegar-se insistentemente à superfície do ocorrido, ao explícito. Os sentimentos, assim, emergem muito mais através dos silêncios, das palavras não ditas, permanecendo implícitos em muitos relatos.

Ele ficou na incubadora, com oxigênio na isoleta, e ele teve uma infecção mas já foi... foi tratada. E... ele ficou no oxigênio e depois que saiu do oxigênio ficou na (no berçário de) engorda, aí ele ficou... depois que ele estava na engorda, depois de... que ele passou a pegar o peso de 01 quilo, ele não estava mais com oxigênio, aí depois ele voltou para o oxigênio na semana passada, mas graças a Deus ele já saiu, e... e eu estou aqui com ele. [...] Os bebês aqui, às vezes eles ficavam... tinha recaída, voltava a entubar de novo porque eles ficaram na incubadora, então eles... Às vezes eles estavam bem, por ser prematuro, às vezes já não estava bem mais, já tinha tido recaída...

(Edna, 22 anos, 1º filhos gêmeos)

*Ela estava bem, ela estava na sonda. **Eles falavam** para mim que estava bem, né. **Eu não entendia nada**, aqueles monte de agulha nela. (O que é que você via?) Ah, **tortura** (ri com nervosismo). **Prá mim é tortura**. [...] O bichinho não tem veia, não tem nada e aquelas “agulhaiada”, ai... (Como você se sentiu?) Ah, eu sei lá, uma coisinha tão pequetinha dessa aqui, nem veia tem direito.*

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

O emprego freqüente de termos no diminutivo, além de indicar sua relação com um bebê muito pequeno, parece também se constituir numa estratégia que permite minimizar o impacto da situação vivida. Os diminutivos são freqüentes nas descrições que todas as entrevistadas fazem da condição em que encontraram seus filhos no Berçário, a qual

descrevem como produzindo muito sofrimento para o bebê mas também para elas e suas famílias:

*Ah, de ficar dentro daquele vidro, de... com **luzinha** no pé, com **mangueirinha** no nariz prá respirar, com uma **sondinha** na boca prá tomar leite, com muitas injeção que ele tomou **remedinho**, tirar sangue, fazer exame, que mais?... Ah, ele passou por... muito sofrimento. Ele passou por **muito sofrimento**. Então é... Por isso que **todo mundo achou, eu, o meu marido** mesmo, achou **que ele não ia sobreviver por causa disso**.*

(Ana, 26 anos, 6º filho)

*Ah,(o nascimento da filha) numa parte foi boa né, só que na outra eu fiquei pensando: “Nasceu muito **pequeninha**...” Aí já comecei imaginar coisas né, que a gente sempre coloca assim... Em primeiro lugar eu pensava outra coisa assim... **coisa ruim né**. Não tinha **nada de bom** porque ela nasceu pequeninha, não estava no tempo certo, então na minha cabeça eu já ficava pensando muita bobagem. Mas agora não, agora aquilo lá já passou. (O que é que preocupava você?) Ah, **eu tinha medo dela morrer** [...]*

(Carmem, 27 anos, 3º filho)

*Ele estava cheio de **aparelhinho** né, ele nasceu **fraquinho**, aparelho na boca, na cabeça, inclusive aqui (o cabelo) está raspado porque ele tinha... [...] Porque ele tinha... Acho que era soro na cabeça. (O que é que você achou?) Ah, **eu fiquei impressionada**, Ave Maria! Inclusive **eu nem quis ficar muito tempo lá, né, na sexta-feira quando eu descí**. Aí eu só voltei lá no sábado, no sábado quando eu tive alta. [...] Ave Maria, nem sei, **dá dó né, dá dó, a gente não quer ver aquilo**. (Como assim?) Não, dá dó assim de ver ele naquele monte de aparelho, Ave Maria! **Dá dó de ver daquele jeito... aparelho na boca, no nariz, na cabeça, aparelho no pé... Dá dó, Ave Maria**.*

(Helena, 24 anos, 3º filho)

Diante do inesperado, do inusitado que se inicia com a antecipação do parto e que a internação hospitalar do bebê só intensifica, é preciso buscar novas maneiras de significar a experiência materna. Nesta busca de referências o prematuro é identificado como doente, como portador de patologias, como anormal ou diferente, para quem é preciso dedicar cuidados especiais. Nos relatos a anormalidade e a deficiência aparecem constantemente relacionadas aos bebês, expondo as dúvidas de suas mães com relação à integridade física deles e quanto ao seu futuro. Para Beatriz, até mesmo a afirmação do médico pediatra de que sua filha poderia desenvolver-se normalmente, a surpreende e não é suficiente para tranquilizá-la.

*No dia que eu vim, na primeira vez que eu comecei a sentir dor, na sexta-feira, à noite eu vim aqui, o médico falou que ela tem **retardamento de crescimento**. Ela **não cresceu normal** que nem as outras crianças. Porque ela é de oito meses, ela poderia ser uma criança de dois quilos, de quarenta e poucos centímetros... Ela teve um **desenvolvimento anormal**, ninguém não sabe o porquê mas ela teve um **desenvolvimento anormal**. (Mas como é que você acha que ela está agora?) Bem, o médico falou prá mim que quando nasce, aí tem o desenvolvimento normal. Só no útero que eles não se desenvolvem, mas saindo tem um desenvolvimento normal como qualquer criança. [...] **Foi até uma surpresa** quando ele me falou, porque... **“Mas como?”** (interroga-se). Mas depois ele falou “Não mas... se ela nascer ela vai ter um desenvolvimento normal”.*

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

A possibilidade da morte assombra não só as mulheres mas a família durante o período de internação do bebê. Sua fragilidade é constantemente reafirmada como uma condição especial, que o ameaça, diferencia, uma espécie de doença que precisará ser tratada e que vai exigir da mãe uma atenção que, talvez, ela nunca tenha julgado necessário ter, seja com outros

filhos ou quando se imaginava mãe, ainda na gestação. Os cuidados que Ana julga necessário dedicar ao seu bebê são comparáveis apenas aos que teve com um de seus outros cinco filhos, e somente porque ele adoeceu gravemente:

*[...] esse daqui **tem que ter muito cuidado** com ele, que ele é muito pequenininho, ele nasceu com pouco peso, ele não é um menino de nove meses, ele nasceu sem peso bom, então **o que eu não pude fazer com os outros eu vou ter que fazer com esse aqui. Eu vou ter que ter muito cuidado** com ele porque com os outros eu tive cuidado mas eu ia prá casa de um parente... Se fosse prá ir prá algum canto, prá cidade, eu levava. Não estava nem aí, com frio, com vento sabe? Tipo, se tivesse reunião em escola que eu tinha de ir, levava... Agora **com ele vai ser diferente. [...]. Muita coisa vai mudar.***

(Ana, 33 anos, 6º filho)

Desse grupo de mulheres somente Gilda parece não relacionar a condição de nascimento de sua filha à possibilidade de problemas futuros. Na verdade, Gilda parece buscar na sua experiência de vida, limitada em função da pouca idade, elementos para entender como lidar com um bebê que seja seu, sem considerar sua condição prematura. Assim, compara a filha às bonecas de sua infância ainda próxima:

*Não, prá mim ela é **uma bonequinha**, a única diferença é que ela é molinha. Eu tava com medo de dar banho mas já estou dando banho direitinho. [...] Fora o que eu já sabia né, que eu dava banho no meu sobrinho, a enfermeira me explicou certinho como é que faz, tem que dar primeiro na... tem que lavar primeiro a cabeça, depois o corpo, daí eu já peguei a manha... e ela é levinha também, dá para ficar segurando com uma mão só.*

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

Além de fantasias de doença e morte, e de sentimentos de perda e separação, a procura por referências diante do nascimento prematuro é marcada pela busca de explicações para o ocorrido. A maioria das mulheres, se a princípio afirmam desconhecer as causas da antecipação do parto, vão depois tecer explicações variadas, baseadas em geral nas próprias suposições. As entrevistadas atribuem a responsabilidade pelo ocorrido a diversos fatores: às suas atitudes e/ou características pessoais, ao desejo da própria criança, à qualidade do atendimento recebido durante a gestação e/ou parto, ou à vontade divina. Estes elementos surgem combinados nas hipóteses que elaboram e, entre todos eles, parecem atribuir maior peso aos fatores pessoais.

Os profissionais de saúde são eventualmente citados, dividindo o fardo representado pelo ocorrido, mas nem sempre este ônus é com eles compartilhado. Há uma desconfiança diante do saber médico, que para estas mulheres não explicou a prematuridade e não conseguiu impedir o parto. Somente uma explicação metafísica parece dar conta da situação: se ninguém sabe ou pôde evitar o que aconteceu, só a Deus pertence esta razão. A afirmação do poder de Deus torna inútil qualquer ação individual diante do nascimento prematuro (chorar, desesperar-se, lamentar), restando à mulher e à família conformar-se à realidade e confiar – não nos médicos mas na providência divina. Dessa forma, se é a “vontade de Deus” que domina todo o processo, é possível a cada sujeito individual eximir-se de uma responsabilidade pessoal pelo ocorrido – a qual, de fato, a mulher não tem na maioria das vezes. No entanto, esta estratégia de atribuição de responsabilidades permite entrever uma culpabilização íntima, mais sugerida que enunciada.

Ana toma para si a responsabilidade do nascimento precoce: o parto é uma ação da mãe, que coloca o filho para fora. Para ela não é possível atribuir o ocorrido a nenhuma razão concreta ou contar com a explicação médica para ajudá-la a dar significado ao que lhe

aconteceu. Seu desespero parece não encontrar amparo no trabalho dos profissionais de saúde, restando-lhe compartilhar esta responsabilidade apenas com a providência divina.

*Eu não acreditava que **eu que tinha pnhado esse menino prá fora!** Tão pequenininho... magrinho... Eu fiquei desesperada mas... não adiantou nada não. Ponhei na **mão de Deus e graças a Deus ele está aqui.***

(Ana)

Também Carmem em seu relato alterna um “não saber” inicial com uma explicação onde atribui a si mesma a antecipação do parto; ela parece entender que um incidente cotidiano teria sido agravado pelos seus próprios sentimentos, fazendo-a perder a condição de conter a criança.

*Ah, eu não sei né, porque **não sei se foi um susto que eu passei né e... aí depois desse susto que começou tudo.** Eu perdi muito líquido, fiquei internada na cidade onde eu moro, e depois eu vim prá cá e tive que fazer a cesárea porque eu já não tinha mais condições de segurar ela. Mas agora já passou... (Você levou um susto com quê, C.?) Ah, com uma perereca, eu sou muito medrosa. Aí ela pulou de um lado e eu pulava do outro, então acho que isso afetou. Né, porque eu estava boa, então como **a gente tem medo né, aí através disso... Eu acho que tudo veio daí.***

(Carmem)

Beatriz divide com o médico que a acompanhou no pré-natal a responsabilidade pelo baixo peso de sua filha. Confronta seu saber com o saber médico e questiona a adequação da conduta do profissional – entende que este não demonstrou compromisso suficiente com o acompanhamento de sua gestação. Esta suposta falta de interesse ou de compromisso do

profissional de saúde com o usuário do sistema público, porém, não é avaliada somente como um problema ético ou técnico do médico; é também relacionada à condição social do paciente (no caso de Beatriz, com poucos recursos financeiros):

*Quando eu bati a ultra-som que a médica falou que ela estava com um quilo e meio. E eu já estava com sete mês... Então eu achei que estava... que era anormal mas eu conversei com o médico e ele falou ‘Nada! Tem dois meses para sua criança crescer ainda, prá sua criança engordar’. Eu acho que, tipo, se eu tivesse tido um pré-natal mais... um médico mais interessado eu acho que eu tinha descoberto antes. [...] Acho que **o médico não deu importância** porque a minha barriga era muito pequenininha. Ele mesmo falou (muda a entonação, imitando uma voz desdenhosa) que a barriga era pequena mas que não tinha importância, que poderia ser só bebê... Eu acho que **se eu tivesse tido uma orientação mais... se eu tivesse tido mais recurso** eu acho que eu tinha descoberto antes que ela tinha problema, tinha tomado vitamina que eu não tomei... Eu acho que ela tinha se desenvolvido normal.*

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

Num outro momento porém esta crítica ao profissional de saúde é substituída por uma outra forma de explicar o ocorrido, na qual o seu comportamento diante da gestação tem um papel fundamental; Beatriz expressa então uma culpabilidade íntima pelo ocorrido, como se o mal estar comum a muitas mulheres no início da gestação a tornasse, de alguma forma, responsável pela frágil condição de sua filha ao nascer.

Eu não comia, vomitava, ficava... eu fiquei tão fraca que tremia, ficava assim tremendo. Ficava dias sem comer. Não conseguia comer quase nada, algumas coisas eu conseguia comer. Eu enjoei de

um monte de coisa. Aí eu acho também por isso que ela não cresceu, porque eu não comia. [...]

(Beatriz)

Fátima tem uma explicação peculiar para o nascimento antecipado da filha: este teria ocorrido pelo desejo da própria criança; a previsão do médico de que ela nasceria a termo não se concretizou e, na falta de uma explicação melhor, será a criança que assumirá a condição de sujeito nesta situação. Assim Fátima dirá, quando indagada se sabe o que provocou o parto prematuro:

Não, foi assim, contração espontânea mesmo...Ela queria nascer mesmo... (ri).

(Fátima, 26 anos, 1º filho)

Algumas mulheres, como Edna e Gilda, procuram retomar durante a entrevista a explicação que receberam do(s) médico(s) ou da equipe sobre as causas do parto prematuro. Ambas parecem se refugiar nas colocações dos técnicos de saúde, utilizando-se desse recurso talvez para não se revelarem para a pesquisadora, ou para si mesmas. Gilda, em especial, reproduz a explicação que recebeu do médico para os problemas que teve na gravidez, omitindo sua própria opinião a este respeito. No entanto, o faz de um modo que demonstra resistência, mais do que assimilação, quando toma para si a palavra do outro sem torná-la efetivamente sua.

Eles disse que por ser gêmeos já pode acontecer de nascer antes do tempo e... antes de completar os nove meses e eles disse assim que isso acontece não por... Pode ser também de outra... Tem outras mães também que por ter um filho só também nasceu prematuro, mas só que eles disse que é difícil falar por que é. Os médicos nunca... Eles

disse que é difícil falar que é por causa de um certo motivo, sempre tem alguma coisa diferente uma da outra. Uma gravidez da outra, de cada mãe.

(Edna, 22 anos, 1º filhos gêmeos)

Desde o comecinho eu tinha muita dor... Muita dor no pé da barriga, daí depois, quando eu vim para cá, com sangramento eu descobri que minha placenta era prévia. (Você acha que foi isso então que fez nascer antes do tempo?) **O médico falou** que foi. Tiveram que tirar ela correndo.

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

Este recurso pode ser importante para proteger a mulher de uma eventual culpabilização sobre o ocorrido. No caso específico de Gilda esta estratégia afasta qualquer relação possível entre seus desejos ou ações (uma tentativa de aborto na qual foi auxiliada pela cunhada) e o parto prematuro. Seu conflito em relação à gestação porém aparece claramente num outro momento da entrevista, quando relata seus sentimentos ao se descobrir grávida:

Eu senti arrependimento, senti... vontade de tirar, vontade de ter, vontade de tirar que até eu tive que conversar com a Assistente Social lá do Postinho perto da minha casa e ela falando, me dando conselho e eu: “Não, não quero, não quero filho, porque eu preciso cuidar da minha mãe, do meu irmão, não quero, é responsabilidade demais”.

(Gilda)

Durante a internação, a mãe nem sempre atribui à equipe médica a recuperação do bebê; muitas vezes é à vontade de Deus que estas mulheres acorrem para explicar o sucesso (ou fracasso) dos procedimentos. Mais uma vez a providência divina surge nos relatos

controlando o rumo da situação, para o bem ou para o mal, de uma maneira que torna qualquer posicionamento individual ou decisão pessoal desnecessários. Diante da condição clínica da criança, percebida como muito grave, nem os médicos nem a presença da mãe podem garantir a saúde da criança – sua sorte passa a vincular-se essencialmente à vontade divina. Só o poder de Deus é capaz de assegurar (ou não) a recuperação do bebê. É o que Ana, Deise ou Edna afirmam em vários momentos:

*Ponhei na **mão de Deus** e **graças a Deus** ele está aqui. Tem só uma coisa que eu sei dizer: que ele foi **entregue prá Deus**. O meu filho. **Deus que tomou conta dele, Deus que toma conta dele, Deus que vai tirar ele daqui, que vai dar muita força prá ele e muita saúde.***

(Ana)

*Foi muito difícil, não foi fácil não. [...] Aquele tumulto, tanto tumulto, gravidez muito tumultuada, muito problemática e ela ainda veio com essa saúde toda! **Graças a Deus!***

(Deise)

*Aí aquilo (tudo) assustava, mas só que **graças a Deus** eles recuperaram bem e **graças a Deus** já está indo embora comigo.*

(Edna)

Quando não é possível entregar somente a Deus a responsabilidade pela recuperação da criança, nem confiar nas avaliações médicas, resta à mulher uma incômoda incerteza com relação à saúde de seu filho que só o tempo parece capaz de atenuar. Ela terá que arcar sozinha com esta dúvida e com a insegurança por ela gerada, durante um longo período até que o próprio desenvolvimento sadio da criança comprove (ou não) a sua recuperação.

*[...] ele (o médico) falou que não, que ela ia ter um desenvolvimento normal. Só que **é igual eu ter esperado ela, ter ela grande, gorda e não veio.** Então dá no mesmo. Ele falou que ela pode ter um desenvolvimento tudo normal, que daqui prá frente ela vai crescer normal. Só que **pode também não.***

(Beatriz)

Pela análise das entrevistas entendemos que o nascimento prematuro interrompe o processo de produção de sentidos para a experiência materna. A maior parte das expectativas e fantasias cultivadas pelas mulheres desde o início (ou mesmo antes) da gestação frustra-se a partir das situações que envolvem e/ou se seguem ao parto. A antecipação do nascimento da criança representa pois um forte impacto, que exige das entrevistadas movimentos variados e o emprego de novas estratégias para significar sua condição materna.

Assim, identificamos o apoio no discurso do outro (especialmente do médico) e o recurso a numa suposta “vontade de Deus” como formas utilizadas pelas mulheres para se apropriarem de uma nova realidade e, ao mesmo tempo, evitarem um posicionamento mais pessoal e crítico a este respeito. As entrevistadas recorrem também à descrição minuciosa dos fatos que testemunharam ou nos quais estiveram envolvidas, o que confere uma aparente integração da mulher a esta experiência. Tal estratégia porém, ao mesmo tempo em que parece integrar a mulher ao processo vivido, promove o esvaziamento (ou esgotamento) desta experiência, por sua exposição excessiva. Soma-se ainda a tentativa de minimizar tanto o próprio sofrimento quanto o do outro, que se expressa pelo uso freqüente de diminutivos na fala. Além disso, os longos silêncios, o vacilar constante nas afirmações e a incoerência se fazem presentes em muitos relatos, deixando entrever que a organização desta difícil experiência requer um esforço permanente.

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

As relações estabelecidas pelas usuárias do Programa Canguru com instituições e profissionais de saúde são mencionadas em todas as entrevistas, ocupando um lugar central no processo de produção de sentidos para a maternidade e as práticas de maternagem. As características assumidas por estas relações imprimem um contorno específico às experiências vividas em vários momentos pelas mulheres: durante a gestação e o parto, no período em que o bebê permaneceu sozinho no hospital e depois, durante a realização do Programa Canguru. Este contorno é permeado pela ambigüidade, pela desconfiança, pelo receio e pela incerteza diante da pluralidade das orientações e condutas médicas.

Lembramos porém que as características atribuídas pelas entrevistadas a tais relações se configuram a partir das condições de atendimento oferecido à população pelo Sistema Único de Saúde. Este atendimento, operado através de consultas, exames e outros procedimentos, ocorreu tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) das diversas localidades de onde eram provenientes as entrevistadas, como no hospital onde elas e os bebês foram internados, e também em outras instituições públicas pelas quais estas mulheres eventualmente passaram. As observações que fazemos aqui não podem, portanto, ser consideradas como restritas às condições de atendimento de nenhuma instituição em particular ou relativas ao trabalho de qualquer profissional específico. São concernentes a um modelo de atenção à saúde da população em vigor no país, cujas bases históricas procuramos traçar no Capítulo II deste trabalho.

Uma questão que consideramos importante reafirmar, contudo, refere-se às características assumidas pelas políticas públicas no Brasil durante as últimas décadas, fundamentais no delineamento do quadro atual de prestação de serviços pelo SUS que aqui indiretamente descrevemos. Tais políticas públicas freqüentemente associam um centralismo

no campo decisório e na elaboração de programas, a um regionalismo no desempenho de determinadas funções. O Estado neoliberal, de modo contraditório, tem promovido a centralização dos recursos públicos na União, concentrando o poder decisório quanto à aplicação de recursos nos ministérios da área econômica, enquanto a prestação de serviços é progressivamente delegada aos municípios. Esta forma de gerenciamento produz uma tensão constante entre as diversas esferas de governo, e também entre os usuários e as unidades prestadoras de serviço. Assim, a população frequentemente responsabiliza os profissionais das unidades pelo sucesso (ou fracasso) de programas que eles, de fato, não controlam plenamente (cf. PINHEIRO e LUZ, 1999; e LUZ, 2000).

Os direitos sociais da população, incluindo o direito à saúde, baseados em princípios de universalidade, acessibilidade, igualdade e equidade, estão expressos nos textos das constituições da República e do Estado. Diversas leis regulam também as competências da União, dos estados e dos municípios relativos ao SUS. Ainda assim a oferta de serviços públicos é muito diversa no país. A gestão municipal dos programas e serviços de saúde vigora em quase todas as localidades, porém de acordo com níveis diversos de gestão (incipiente, parcial, semi-plena ou plena). A oferta de serviços está condicionada à disponibilidade de recursos estaduais e, em última instância, federais, cuja condição de repasse depende de convênios entre as diversas esferas do poder público. O Programa Canguru faz parte deste contexto e, ainda que sua promoção tenha partido da esfera pública federal, suas ações precisam se articular à estrutura de serviços de saúde disponível em cada município. Além disso, nos casos em que famílias de baixa renda estiverem envolvidas, a eficácia dessa proposta dependerá também do suporte adicional que o Estado poderá oferecer a estes usuários através de outros programas, especialmente aqueles de promoção social que permitem o complemento da renda familiar mensal.

Entre as oito entrevistadas apenas uma, Fátima, recebeu um atendimento distinto no pré-natal, pois dispunha de um plano de saúde que cobria consultas durante a gestação. O nascimento precoce da criança, entretanto, demandou a utilização da rede pública de saúde, pois requeria um tipo de assistência de alta complexidade para a qual seu convênio particular não oferecia cobertura. Todas as demais fizeram o pré-natal nas UBS, sendo que cinco delas haviam sido encaminhadas de diversos municípios para o hospital de referência (onde as encontramos) ainda durante a gestação. A possibilidade de um parto prematuro motivou os encaminhamentos, uma vez que nenhuma outra localidade na região conta com instituições (públicas ou particulares) especializadas no atendimento a bebês de alto risco, condição da maioria dos prematuros.

Dessa forma, a maioria destas mulheres iniciou seu pré-natal com o médico da UBS de seu município, passando a receber atenção de vários outros médicos diferentes, obstetras e pediatras, quando eram transferidas para o hospital de referência. Algumas já tinham estado internadas em outros hospitais antes do nascimento da criança, quando foram então atendidas por várias outras pessoas, cujas opiniões e procedimentos nem sempre coincidiam. Nem mesmo as três entrevistadas que residiam no município onde se situa o hospital tiveram qualquer contato anterior com a equipe que as acompanhou durante o parto, ou que as orientou no Programa Canguru. A partir disso, entendemos que o processo de produção de sentidos para a maternidade encontrará nas práticas das instituições de saúde um complexo elemento constituinte. Esta complexidade decorre da pluralidade destes serviços e da descontinuidade com que muitos deles são prestados. Além disso, a maneira como estes serviços estão organizados impõe ao usuário uma condição de itinerância entre várias localidades ou entre várias unidades de atendimento dentro de um mesmo município.

O médico da UBS surge nas entrevistas como uma figura mais próxima que o(s) médico(s) do hospital. É o único capaz de dar espaço a um projeto individualizado de saúde,

ainda que precariamente. Em geral, é somente para ele que estas mulheres reservarão um tratamento diferenciado, utilizando para identificá-lo a expressão “o meu médico”.

*Os médico (do hospital) falou (que eu tinha) placenta prévia né... e teve muita hemorragia também. (...) Teve uma vez que minha pressão subiu né, na minha gravidez. Aí **meu médico, da minha cidade**, ele passou um remedinho em casa. Aí foi controlando, controlando, aí chegou num dia começou a descer (perder sangue) sem mais sem menos. Aí foi que os médico (do hospital) falou que foi placenta prévia.*

(Helena, 24 anos, 3º filho)

*[...] eu já conversei com o médico que eu fiz o pré-natal com ele, e ele já falou prá mim que é prá esperar o neném pegar mais corpo, sabe, ficar mais fortinho que ele vai me operar. [...] Eu vou quase toda semana conversar com o **meu médico** prá ele me operar. Ele fala: “Calma, deixa o neném... (ri) Eu vou te operar”. Eu falo: “Então me opera que eu não quero ter mais filho”.*

(Ana, 33 anos, 6º filho)

A necessidade de atendimento em outras instituições, no entanto, rompe o contato com o médico da UBS e a mulher passa a ser acompanhada por diversos outros profissionais. Os médicos do hospital aparecem freqüentemente nos relatos como figuras distantes, a quem são atribuídas tarefas relativas apenas ao cuidado do corpo, sem qualquer ligação mais específica com o usuário da instituição. Dificilmente estas mulheres demonstram em relação aos profissionais do hospital a mesma proximidade que tinham com o médico da UBS.

*O médico... **passou um médico** hoje. Ponhou um aparelho assim nele, prá escutar o coraçãozinho dele, perguntou se ele estava bem, eu falei*

que estava. Se estava mamando bem, eu falei que estava mamando bem, pegando o peito também, é... está fazendo cocô, urinando.

(Ana)

O único médico que falou (sobre o estado clínico atual da criança) **foi o médico que eu vi sexta-feira, só que ele falou que não, que ela ia ter um desenvolvimento normal.**

(Beatriz)

O deslocamento da mãe entre as várias instituições, ou mesmo dentro do próprio hospital, é motivo de desorientação, marcando as entrevistas por uma série de referências espaciais que designam “lá” e “aqui”, “em baixo”, “em cima”, “dentro” e “fora”. Muitas vezes “lá” indica vários lugares, o que precisa ser constantemente esclarecido. É preciso atenção para acompanhar o trajeto de Ana da sua cidade para o hospital, do hospital para casa, de casa para a UBS de sua cidade, desta novamente para o hospital, outra vez do hospital para casa até retornar para o programa e, finalmente, já no programa, de uma enfermaria para outra. Todo este percurso é determinado por uma série de diferentes profissionais de saúde que, com exceção do médico da UBS, são difíceis de distinguir em sua fala.

*Sou de Álvares Machado. Do Parque dos Pinheiros (bairro da periferia, o mais afastado do centro da cidade). O meu médico é de Machado. Eu estava fazendo pré-natal com ele. Aí eu vim **prá cá**, vim **prá cá** no dia 24 [...] É, e fiquei aqui uma semana mais ou menos. Acho que uma semana mais ou menos eu fiquei aqui. Não estava na hora da criança nascer porque era muito prematuro, que nem ele é... e eu tive que ir **prá casa**. Aí eles me deram alta e eu tive que ir **prá casa** ficar de repouso. Tomar remédio e ficar de repouso. Mas com... acho que uma semana mais ou menos de repouso as dor estava do mesmo jeito, estava atacando, piorando, aí eu voltei de novo **prá Machado**. Aí em Machado o meu médico mandou fazer uma... ultra-*

*som e eu fiz... Na ultra-som deu que eu já não tinha mais líquido, que meu neném estava sentado, que eu tinha que tirar o neném de qualquer maneira e era prá ser até uma cesárea. Aí ele mandou eu **prá cá** (para o hospital). O meu médico do pré-natal. Aí eu vim **prá cá**. Foi no dia 05... no dia 04 de mar... de abril. Aí quando foi no dia 07 de abril eles fizeram o meu parto. A médica fez. Ele ficou (no berçário) um mês e... 19 dia hoje. Está fazendo um mês e 19 dia que ele está **aqui** no hospital. Só que ele estava **lá em baixo** (no berçário) *aí ontem ele subiu **prá cá*** (para a enfermaria de alojamento conjunto).*

(Ana)

Mesmo o período de permanência no hospital parece difícil de precisar, especialmente quando o intervalo que separa o parto do início do Programa Canguru é grande. O fato de algumas mulheres terem passado por uma ou mais internações durante a gestação (naquela ou em outras instituições) também complica a ordenação dos acontecimentos, produzindo uma série de divergências nos relatos a respeito das datas em que as coisas aconteceram e quanto ao tempo de permanência, da mulher e/ou do bebê, em casa e no próprio hospital.

Além de vários médicos, uma vez dentro do hospital estas mulheres passam a ser atendidas pelas equipes de enfermagem, também múltiplas, que variam e se alternam num esquema de plantões característico da maioria das instituições de saúde. Cada mulher, assim, tem contato com um grande número de enfermeiros e auxiliares, sendo que um grupo responde pelo atendimento no Berçário (onde o bebê fica internado) e outro grupo diferente pelo atendimento no alojamento conjunto (onde mãe e bebê permanecem no Programa Canguru). Nos relatos, as referências aos profissionais de saúde em geral são feitas utilizando-se o plural de termos genéricos – “os médicos”, “as enfermeiras”, às vezes “as meninas” ou “as moças” para designar as auxiliares de enfermagem – mesmo quando as atribuições referidas a estes profissionais são as de um sujeito singular.

*Tinha **bastante gente** (no Berçário), **tinha gente que perguntava né**, alguma coisa, mas eu não lembro do nome das pessoas. [...] **Tinha gente que conversava**, enfermeira né, sempre estava ali conversando, perguntava alguma coisa, né. Mas às vezes quando era alguma coisa assim, sobre a criança mesmo, o que estava acontecendo, daí a gente conversava com **os médicos**.*

(Carmem, 27 anos, 3º filho)

Muitas vezes não há um sujeito específico a responder por uma ação: “pesaram”, “disseram” são utilizados sem que se saiba quem pesou, quem disse, enfim, com quem exatamente aquela mulher interagiu:

***Falaram** para mim que ela estava com infecção no sangue, uma infecçãozinha no sangue e... estava com... não estava conseguindo respirar direito. Daí ela ficou no oxigênio e tudo... Só que eu perguntava e eles não explicavam direito né. **Eles explicam do jeito deles lá, a gente não entende** né. Mas foi isso que deu prá mim entender.*

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

*Bom, **disseram** que na quinta-feira pesou ele e ele estava com 1 quilo e 250 (g). E **pesaram** ele hoje só que a moça, a enfermeira falou o peso e eu... eu esqueci. Não lembrei de quanto ele está pesando hoje.*

(Ana)

Saber quantos dias se passaram, ordenar os fatos no tempo, assimilar tantas coisas novas e diferentes acontecendo rapidamente fica ainda mais complicado diante da intensidade das experiências emocionais que são vividas por estas mulheres numa condição de reconhecida vulnerabilidade como é o puerpério. Muitas vezes elas enfrentam sozinhas este período, já que estão distantes de sua cidade e de sua família. A dificuldade em compreender

o (s) ponto(s) de vista do(s) médico(s) parece ser mais um elemento a gerar desconfiança, medo e insegurança: o que está sendo dito afinal? Além disso, algumas entrevistadas descrevem importantes divergências entre os profissionais de um mesmo serviço de saúde (que ora procuram agilizar o nascimento da criança, ora deter este processo) ou entre profissionais de serviços distintos, que deveriam prestar uma assistência articulada ao usuário. Dos relatos emergem pessoas com dificuldade em obter algum controle sobre o que lhes acontece; as entrevistadas descrevem suas experiências como se tivessem sido envolvidas por um turbilhão de acontecimentos:

*Eu senti dor e... estava sentindo contrações, eu vim aqui, aí eles me deram Buscopan e eu voltei prá casa. Isso na sexta à noite. Eu passei a sexta a noite todinha sentindo dor mas... leve. E... Sábado o dia todinho, só que não tão forte. Quando chegou à noite começou a aumentar. Aí oito horas eu vim prá cá. Aí eles já me internaram. Quando eu cheguei aqui **era outro médico, não era o que tinha me atendido no plantão. O outro** (o primeiro médico que a atendeu) achava que quanto mais rápido nascesse melhor, por causa do retardamento de crescimento dela. E **já o outro** (o segundo) não, achava que era melhor segurar prá data certa. Aí ele colocou o soro prá segurar só que não segurou. Eu passei o sábado, a noite todinha sentindo dor. Aí quando trocou de plantão **o outro médico** (o primeiro) resolveu que eu deveria ter. [...] Aí tirou o soro e colocou outro prá mim sentir mais dor (ri, nervosa).*

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

*[...] o Dr. F. falou assim... Porque ele estava acompanhando minha perda de líquido pelo ultra-som né... Aí o Dr. F. falou: “Olha menina o seu líquido já está quase zero, **eu vou fazer o seu parto.**” Aí me desceu para o (a sala de) pré parto. Aí cheguei lá, fiquei a tarde lá, só que aí chegou na hora da cirurgia eles falaram: “**Nós vamos te***

transferir para o H. U. (outro hospital) *porque aqui não tem (vaga no) Berçário. Eu falei: “Ah, tudo bem”. Só que chegando lá no H. U. eles não quiseram fazer o meu parto. [...] Até então tudo bem, né. Eu falei: “Vai precisar do Berçário então vou ter que ir”. Só que chegando lá eles começaram: “Ah, porque seu neném é muito pequeno, porque nós não vamos fazer o seu parto, nós estamos fazendo ‘cardiotoque’ e está tudo bem com o seu neném, então nós não vamos não”. Ah menina, aquilo foi me estressando, mas aquilo foi me estressando de uma tal forma, que eu cheguei e falei para a médica, falei assim: “Vocês não vão me operar? Eu espero o tanto que for preciso mas quero esperar onde eu estava. Porque se fosse para esperar, por que me mandaram prá cá?” [...] Eu falei: “Aqui (no outro hospital) eles estão me enrolando...”. Inclusive discuti com um médico, aqui (no hospital de referência) falou que o meu líquido estava zero só que lá (no outro hospital)... falou que lá deu uma quantidade boa de líquido ainda, sabe? Aí você **calcula a minha cabeça né?***

(Deise, 35 anos, 3º filho)

Em outros relatos esta divergência aparecerá entre as condutas de médicos e enfermeiros, cujas orientações podem até mesmo ser opostas, dependendo do profissional de plantão no momento. Tal divergência deixa a suspeita de que muitas atitudes adotadas não seguem um padrão técnico ou institucional, orientando-se apenas pela interpretação pessoal, de cada profissional, do que é mais adequado para a criança naquela situação.

*Eu ia embora triste porque não podia pegar no colo, não podia nada. De vez em quando, quando era... **dependia da enfermeira podia abrir a portinha e pegar nela.***

[...]

Eu coloquei ela aqui (na bolsa-canguru), a mulher (enfermeira) falou que era para tirar a camiseta né, ela falou que era para mim tirar o

sutiã, né. Daí eu peguei e falei que como eu tenho muito leite, espirra, se não tinha problema eu ficar com o sutiã e (a enfermeira) falou assim: “Tem porque você precisa o máximo deixar ela no seu corpo”. Daí eu conversei com o médico certinho e estou usando sutiã porque vaza, aquele dia que eu fiquei sem (sutiã), dei um banho nela de leite. Daí eu conversei com ele e ele falou assim: “Se não está tendo problema...” Porque prá deixar ela molhada não vira.

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

A enfermeira falou que eu tinha que dar (o complemento alimentar)... *que antes de eu amamentar era prá mim dar. [...] Aí o médico falou que não, que é prá mim amamentar, tirar um pouco antes no copo, deixar reservado, dar a mama, se ela quiser mais eu dou o meu, do copo. Aí se ela quiser mais é prá mim dar o complemento. Só que ela não quer.*

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

Algumas entrevistadas deixam claro que têm poucas informações sobre o que motiva suas presenças na instituição e pouco ou nenhum domínio sobre o que determina a permanência ou a saída dali. Entretanto, raramente alguém da equipe é questionado e muitas dúvidas não são esclarecidas. A posição assumida por algumas mulheres diante da equipe, em certos momentos, retrata uma alienação quanto ao processo vivido e uma submissão às determinações médicas. Carmem demonstra sentir-se aprisionada por determinações que não entende bem quando responde à indagação da entrevistadora sobre quanto tempo precisará ficar no Programa Canguru:

Ah, não sei não viu... Aí eu não sei te responder. Porque só soltam quando ela estiver bem mesmo né? [...] Aí eu não sei responder... Tem que pegar um peso, eu não sei quantos quilos até vai... Aí eu não sei responder. Depende dela também, né. E de mim, o que eu vou dar

prá ela, né. [...] É o que eu acho, se também não aparecer nada, alguma outra coisa né... Aí nós vamos embora. [...] É, eu penso que se ela estiver igual está, né, pegar o pesinho dela, aí dá prá ir, né. E eles liberar né, isso aí a gente nunca sabe. Aí só eles mesmo. (Você perguntou quanto tempo você tem que ficar?) Não, não perguntei não.

Ana demonstra também uma atitude submissa e um certo alheamento quando afirma desconhecer o que é necessário para que seu filho tenha alta:

Não sei! Não sei, o médico não falou nada. [...] Eles mandaram eu vir ficar com ele aqui em cima... Mandou vim e eu vim. [...] Quanto tempo eu não sei também. (E repete) Não sei não. Não sei se ele precisa pegar peso, não sei... Eles não falou nada prá mim. Daí eu vou ficar esperando até... Quando falar que é prá ele ir embora, aí eu vou.

O fato das informações recebidas serem atribuídas a diversos profissionais, da mesma ou de várias instituições, cujas atitudes e orientações geralmente são recebidas com pouco ou nenhum questionamento, confere aos relatos um conteúdo difuso, muitas vezes inconsistente, quando não incoerente. Diante de orientações diferentes, parece ficar a cargo de cada mulher decidir como se comportar. A orientação do(s) técnico(s), além de plural, nem sempre condiz com a experiência pessoal de cada mulher ou com a prática do cuidado com a criança; então, como confiar nela? Nessas condições, cabe muitas vezes a cada mãe construir suas próprias suposições sobre a saúde da criança e decidir que atitude tomar.

Na busca de referências para o que estão vivendo, muitas vezes é no saber popular e num conhecimento adquirido pela própria experiência, onde estas mulheres se apoiam para dar sentido à nova realidade que estão vivendo. Nesse momento, prevalece aquilo que a

mulher já sabia, ou o que vai inferindo a partir dos acontecimentos e da relação com a criança, como nos relata Beatriz:

Eu percebi hoje que eles mudaram (o tipo de leite). *Era materno mas agora é pré-NAN. [...] Antigamente era materno, quando ela tomava. Agora não. Depois que eles mudaram eu não dei mais.*

(Beatriz)

Diante do incerto, estas mulheres dificilmente se posicionam de forma questionadora, que confronte a equipe. Contudo, esta ausência de um confronto aberto e de questionamentos nem sempre significam verdadeira passividade. Assim, quem dispõe de algum recurso pessoal, obtido através de outras experiências de maternagem, recorrerá a estas práticas para resolver as muitas dúvidas que surgem diante das informações desconstruídas. Do discurso médico, muitas mulheres acolherão apenas aquilo que se mostra mais consistente ou coerente com sua história, ou com o que observam no contato com o bebê.

Dessa forma, embora precisem se apoiar no trabalho dos profissionais de saúde, as entrevistadas nem sempre confiam naquilo que deles recebem; com frequência reproduzem em seus relatos a inconsistência das informações que lhe foram dadas num tom que mistura queixa e crítica.

Hoje eu sai para ver o neném da minha amiga ali, a enfermeira dali brigou comigo, falou que era para eu ficar aqui dentro do quarto. Daí eu tava falando, comentei com a enfermeira ali, ela falou assim: “Mas você estava com a neném?” Eu falei que eu estava né, não pode tirar ela do Canguru. Ela falou assim: “É, da próxima vez que você for sair do quarto você não leva ela não, porque não pode.” Eu falei: “Ué, vocês não explicam! Eu tiro do Canguru, vocês brigam, se eu estou com o Canguru vocês brigam.” [...] Depois se acontecer

alguma coisa vai jogar tudo a culpa em mim, que eu não cuidei bem.

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

Nos relatos a palavra dos técnicos e as práticas por eles desenvolvidas surgem em alguns momentos como referências asseguradoras; em outros aparecem produzindo preocupação, medo, inquietude. Em função disso, fazer-se presente no hospital torna-se mais que um anseio de estar perto do filho. Para algumas mulheres torna-se uma necessidade, uma estratégia para controlar o cuidado oferecido à criança. São justamente os cuidados dispensados pelos técnicos (ou a possibilidade da falta deles) que inspiram preocupação em Beatriz. A esta preocupação ela responde ativamente, marcando sua presença de modo constante no hospital:

*Ah, eu ficava (despreocupada) até um dia que eu vim que ela ficou chorando uma hora e **ninguém fez nada**, eu comecei a ficar preocupada. Sei lá, eu fiquei... eu comecei a imaginar: “E se ela chora de novo? Será quanto tempo ela fica chorando de noite?” Porque no caso ela estava na fototerapia, ninguém podia pegar nela, tirar ela. Até poderia se quisesse mas sei lá... **Vamos saber se queriam...** [...] Agora não, **agora eu sei o que está acontecendo com ela, estou todo o tempo com ela, toda hora, estou vendo tudo que está acontecendo.** Então agora eu fico despreocupada.*

No hospital, será com as auxiliares de enfermagem que as mulheres terão uma proximidade maior, talvez porque a presença das mesmas nos quartos seja mais constante e não eventual, como as visitas dos médicos (que acontecem só uma vez ao dia) ou das enfermeiras padrão, que chefiam as enfermarias e respondem pelo controle de muitas tarefas simultaneamente, só aparecendo nos quartos de forma esporádica.

Assim, grande parte das orientações e dos procedimentos é de fato responsabilidade das auxiliares de enfermagem. A conduta destas profissionais, contudo, não as distingue essencialmente dos demais membros da equipe. A forma e o conteúdo de suas informações e práticas são, mais uma vez, marcados pela ambigüidade e pela diversidade de opiniões e condutas. Será entretanto com relação às atitudes das auxiliares de enfermagem que as entrevistadas expressarão mais abertamente seus sentimentos (positivos e negativos), e contra as quais adotarão uma postura de confronto mais direto.

*Ai, **tem umas** (auxiliares de enfermagem) **que é insuportável**, vixe. [...] **Tem umas que é arrogante**, *tem umas que é estúpida. Tem uma baixinha, de cabelinho curtinho, que ela vem... foi antes de ontem à noite o plantão dela. [...] Ah, a gente já está num estado meio que... meio que triste e ainda chega umas mulher dessa, ai...**

(Gilda)

*Só **tem uma enfermeira que eu gosto**. [...] Ah... **o médico para mim não é grande coisa**... Sempre tem aquela né, que você olha, assim, que conversa mais... [...] Ah, a gente conversa muito né. Conversa, se eu tenho problema eu falo para ela, eu desabafo, elas percebe já quando eu não estou bem... e assim vai, chama para conversar e fala as coisa. É bom, é muito bom. (Está te ajudando ficar aqui?) Tá, porque se não tem uma pessoa assim você já... desanima.*

(Helena, 24 anos, 3º filho)

*E a enfermeira (auxiliar) vem medir a febrinha dele, põe aparelhinho nele... Ele está bem. [...] **As enfermeira** (auxiliares) **são legal, são boazinha**. Conversa com a gente, **não maltrata a gente**... Porque tem hospital que a gente vai que as enfermeira... Deus me livre! Mas aqui não. Todo mundo trata muito bem.*

[...]

*Algumas enfermeiras (auxiliares) conversavam comigo, falava que **ele ia viver...** que ele era muito pequenininho mas ia viver... que eu não precisasse ficar daquele jeito... que ele ia precisar muito de mim... que eu ia precisar ter muito leite prá dar prá ele... é, foi isso mesmo... que ele ia ter força, muita saúde... falou que ele ia ter tudo isso... Então eu não me desanimei não. As enfermeiras (auxiliares) daqui. Porque teve uma enfermeira de Machado, eu acho que ela trabalha aqui, teve uma de Machado que ela falou prá mim que meu filho não ia viver. [...] Ela é de Machado e eu sei que ela trabalha aqui.*

(Ana, 33 anos, 6º filho)

*[...] Eu vou falar uma coisa prá você: é... é... aqui **é muito calor humano** eu acho. [...] Assim, esse hospital aqui é... eu acho assim... **é uma família**. Tanto os médicos, os enfermeiros sabe? Eu acho. (Eles apoiaram você?) Muito. Nossa, eles fizeram muita coisa, muita, muita, muita coisa.*

(Deise, 35 anos, 3º filho)

Mesmo quando afirmam a existência de um vínculo positivo, de um apoio efetivo por parte da equipe, as atitudes de muitas mulheres denotam resistência e desconfiança com relação às práticas desenvolvidas no hospital. Na sua participação no Programa Canguru esta resistência se evidenciará ainda mais. Nesta ocasião, quando uma parte significativa dos cuidados com a criança ficará sob responsabilidade direta da mãe, cada mulher terá um espaço maior de adesão ou divergência ao desempenhar seu papel. Suas atitudes, nesse momento, poderão diferir bastante das prescrições do programa, e até mesmo de seu próprio discurso sobre as vantagens desta prática.

4. A experiência com o Programa Canguru

Quando a condição clínica do recém nascido melhora e este pode prescindir dos cuidados médicos e de enfermagem disponíveis no Berçário, o Programa Canguru apresenta-se como uma nova possibilidade de intervenção. Esta exige que a mulher assuma em relação ao bebê uma posição distinta daquela adotada até então, nas visitas à instituição. O afastamento imposto pela internação da criança termina e a mãe deve permanecer no hospital para acompanhá-la. Embora esta função possa ser desempenhada por outras pessoas da família, ou mesmo de fora dela, no grupo de entrevistadas a execução do Programa Canguru foi sempre delegada à própria mãe da criança. Os cuidados básicos com o bebê passam para sua responsabilidade e ela é incentivada também a iniciar o aleitamento materno.

Entendemos que a experiência com o programa, com ações específicas por ele fomentadas, constitui-se para estas mulheres num elemento novo e distinto, que necessita ser primeiro assimilado para então se articular aos demais na produção de sentidos para a maternidade e a maternagem. Em geral a proposta do Programa Canguru desperta curiosidade, espanto e estranheza, uma vez que não faz parte do cotidiano destas mulheres, de suas famílias nem da maioria das pessoas. A surpresa diante da posição canguru demanda explicações, justificativas e suscita dúvidas. Mesmo que a equipe se esforce por esclarecê-las, estas dúvidas só encontrarão resposta posteriormente, quando cada mulher dispuser de sua própria experiência prática; se as explicações não forem claras o bastante ou se forem mal compreendidas pelas mulheres, a prática do programa ficará certamente comprometida.

Eu nunca ouvi falar (sobre o Programa Canguru) mas... da primeira vez que eu fiquei internada aqui, eu fiquei num quarto que tinha ali. Aí eu passei e vi umas mulher aqui dentro assim com essas roupa amarrada e com o neném dentro. Aí eu peguei e parei e olhei aqui

*dentro e falei assim: “Meu Deus! Que é que aquele neném está fazendo naquela sacola?” Por que prá mim é uma sacola. E fiquei assim: “Meu Deus mas um neném tão pequenininho! Que será que ele está fazendo ali dentro?” Eu queria saber o que é que o neném estava fazendo, dentro da barriga da mulher, lá dentro nesse buraco. E era tempo do calor, estava até sem roupinha o neném. Aí eu parei e fiquei assim: “Meu Deus do céu, olha que judiação!”. **Não entendi mas não perguntei nada prá ninguém o que era, o que é que deixava de ser. Não perguntei nada. [...] Eu fiquei curiosa.** Eu queria saber o que é que estava acontecendo para o neném estar dentro daquela barriga ali, de pano, sabe? Só que não é feio. É bonito essas mulher com tudo amarrado, ademais com o neném aqui dentro, sabe. Fiquei pensando: “Meu Deus, o que é que o neném está fazendo ali dentro?” Eu não sabia por qual motivo que o neném estava ali dentro. Portanto que agora eu sei. (ri) Eu queria tanto descobrir que agora eu mesmo sei, não precisa nem descobrir, eu mesmo estou fazendo igual.*

(Ana, 33 anos, 6º filho)

*Então, **eu nunca ouvi falar** (no Programa Canguru), eu ouvi falar aqui quando eu vim ganhar ele. Prá mim também **foi novidade** quando eu fiquei sabendo. [...] Quando eu ganhei ele tinha uma no quarto do lado aí. Aí tinha uma mocinha também. [...] É... Estava aí, né. Era mãe Canguru também. (ri). [...] eu ouvi falar aqui mesmo, quando eu vim ganhar neném.[...] Aí inclusive quando eu cheguei lá (na sua cidade), que eu conversei com a minha mãe, com o pessoal que ia lá, todo falou: “Mas o que é isso?” **Todo mundo admirado** (ri). **O povo não sabia. [...] É novidade lá.***

(Helena, 24 anos, 3º filho)

Para quem já tem filhos a prática da posição canguru parece mais fácil de ser assimilada; para quem nunca foi mãe, confunde-se com a condição geral da maternidade, uma vez que ambas são novidade. As mulheres primíparas encontram na falta de uma experiência

anterior de maternagem a justificativa para sua estranheza e inabilidade diante da prática do “canguru”. Entretanto, antes que ao programa, pode ser ao papel materno que elas não se adaptaram ainda. Para elas a mediação dos profissionais de saúde, que podem oferecer uma primeira referência quanto aos cuidados com o bebê, parece trazer algum amparo e compensar o desconforto que a prática do programa promove. Entretanto, também para aquelas que já tinham filhos colocar o bebê na “posição canguru” desperta, ao menos a princípio, medo ou uma certa insegurança.

*No primeiro dia assim, na primeira vez que eu coloquei, igual logo que eu cheguei que colocou ele aqui dentro, eu achei (difícil). Achei... **fiquei com medo**. Então **eu nem andava**, ficava com a mão assim, em baixo. Como coisa que eu estava grávida, sabe? **Andava segurando**. Segurando aqui em baixo. Aí depois eu fui me soltando, me soltando, me soltando... Aí a enfermeira explicou prá mim que podia amarrar largo como podia amarrar apertado que ele não caia. Eu falei “Ah, tá bom.” Então agora eu ando com ele, vou prá lá, volto, levanto com ele.*

(Ana, 33 anos, 6º filho)

*Prá mim que nunca tinha conhecido, não sabia como era mãe canguru, **é uma coisa super fácil**. [...] (Arruma o bebê dentro da roupa, ajeita-o. Ele dorme tranquilo, não parece incomodado. Noto que ela não solta o bebê, mesmo dentro da roupa) **É, porque tem que segurar né, porque é amarrado aqui** (mostra a amarração da roupa atrás, em suas costas). *E se não amarrar direito? [...] Se amarrar bem dá, mas **eu tenho medo**. [...] Eu sou medrosa. Nessas partes assim eu sou muito medrosa. Fala* (imitando voz de bebê): “A minha mãe é medrosa.”*

(Carmem, 27 anos, 3º filho)

Bom, no primeiro dia assim, prá mim **tudo foi novidade** né, mas... É um pouco **incômodo**... Tem que ficar né, deitada e a neném muito novinha ainda, então **atrapalha um pouco**. [...]Ah... Prá mim está sendo **tudo difícil** porque eu não tenho experiência né. Então prá mim é tudo difícil: amamentar, dar leitinho na boca, dar banho... que eu não dei ainda né. [...] Mas é bom, eu acho bom né, porque **enquanto está aqui eles estão cuidando** né, então... qualquer probleminha né? (Eles quem?) Ah, os acadêmicos, os médicos estão sempre aqui, enfermeiros também... Então **qualquer coisa tem a quem recorrer**, em casa não...

(Fátima, 26 anos, 1º filho)

O canguru, ele é bom porque ele pega o calor da mãe e **a gente aprende a cuidar melhor** porque **eu nunca tinha cuidado** de criança antes, nenhum bebezinho. Inclusive **eu tinha até medo de cuidar, de pegar bebezinho** de um mês que era muito molinho. E eu tive que cuidar do meu que era bem pequenininho. Então foi bom ficar no canguru que... tanto ele pegou o meu calor quanto **eu aprendi a cuidar dele**.

(Edna, 22 anos, 1º filhos gêmeos)

Para apreender esta nova realidade e atribuir significado a uma experiência tão diferente, uma importante estratégia é associá-la aos próprios valores e vivências, procurando um paralelo entre o que o Programa Canguru propõe e aquilo que a mulher já identifica como uma prática de maternagem. Assim, quando alguma prática que se assemelhe à posição canguru é lembrada, parece facilitar o entendimento e a adesão à proposta do programa.

Aí quando eu cheguei quinta-feira que as menina falou assim, as enfermeira falou assim: “Olha, você vai subir lá prá cima e vai usar canguru”. Eu falei: “Que que é isso?” Elas falou: “Canguru, amarrar coisa assim, não sei que...”. Aí eu peguei e falei assim: “Mas

canguru é igual aquele negócio que a gente tem de carregar o neném?” Por que eu tenho dois daquele, sabe? Ela falou assim: “É igualzinho, mas só que o neném vai... é... ficar esquentando no seu corpo né, pegar quentura, não sei o quê, e sem roupa”. Eu falei “Ah!”. Aí chegou aqui elas me ensinou como que amarrava, como que tirava, como que eu colocava. Aí eu aprendi. [...]. Prá mim é canguru, é igualzinho isso aqui, só que o neném não vai assim, sem roupa. (Parece referir-se a um artefato de tecido para transportar bebês pequenos, prendendo-os junto ao corpo). Vai o neném aqui dentro mas de roupa e tudo. E tem o negócio de amarrar atrás também, tudo certinho, quase igual esse aqui. É igual esse aqui, só que nesse aqui o neném tem que ir peladinho prá sentir o corpo da mãe. E aquele lá não, aquele pode ir de roupa, prá cidade, prá tudo quanto é lugar com ele.

(Ana, 33 anos 6º filho)

Não sei, para mim era para ficar... sei lá, eu não sabia que era para esse motivo de esquentar o bebê. Prá mim era para sempre estar perto ali, sempre estar... Pelo jeito de enrolar e só pegar, então aqui dentro eu acho que ficaria mais confortável para ele. Que nem aqueles “bebê carona”. [...] Eu não sabia que era para esquentar ele. Eles me explicaram tudo mas menos isso. [...] Quando eu era pequenininha eu fazia isso aqui mas era prá minhas boneca.

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

Diversos aspectos positivos são apontados no Programa Canguru pelas entrevistadas, entre os quais o favorecimento da recuperação do recém nascido: a posição canguru é descrita como sendo boa para o bebê porque permite que este sinta o calor da mãe e, através dele, ganhe mais peso e se recupere mais rápido. Quando as entrevistadas descrevem este tipo de vantagem, contudo, freqüentemente ressurgem nos relatos o discurso do profissional de saúde.

Este recurso à fala do outro aparentemente ajuda a dar sentido a uma prática que pode ter alguma semelhança com outras práticas anteriores de maternagem nas ações recomendadas (carregar o bebê junto ao corpo como no “bebê carona”), mas que, ainda assim, não encontra nenhum paralelo na experiência materna para finalidade com que é adotada no hospital (favorecer o ganho de peso e o controle térmico para a recuperação da criança). Refugiar-se na palavra do profissional de saúde pode então ter outra finalidade, convertendo-se numa forma de assim evitar assumir como próprio um sentido para esta prática que a mulher ainda não reconhece verdadeiramente, mas acredita precisar veicular.

*Tirou ele (da incubadora) e colocou aqui. Disse que aqui ele recupera mais rápido. (É? No que é que você acha que vai ajudar ele?) Ah, **no que não sei não, mas que vai, vai. Você vai ver. Se eles mandaram colocar ele aqui dentro é que prá alguma coisa vai servir. [...] É que aqui é quentinho, olha.***

(Ana, 33 anos, 6º filho)

*É uma coisa muito boa (o Programa Canguru) porque prá criança, é **o melhor que tem prá ele.** Então isso, **é o calor da mãe,** a criança sente tudo prá ele se sentir melhor, que é uma criança prematura, de sete meses, não é aquela criança que nasce de nove, que é mais forte, e é por isso que existe a mãe canguru.*

(Carmem, 27 anos, 3º filho)

*Bem, o que me disseram é que era prá ela ver... **me conhecer, prá sentir o calor...** que o meu calor seria bom prá ela, vai fazer com que ela engorde mais rápido, ela se desenvolva mais rápido... Isso. [...] Ele (o marido) quer que eu fique o máximo de tempo com a neném aqui dentro porque disseram que faz com que o bebê engorde né, porque se ele estiver aqui dentro o organismo dele não está trabalhando tanto prá se esquentar, é a gente que está esquentando*

*ele, então faz com que ele não gaste energia. **Faz com que ele engorde** mais rápido e ele está doido que ela engorde prá ir prá casa...*

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

*Uma que **para ele não sentir frio** né, e ele não pode perder peso, porque se eu coloco ele aqui (mostra o berço), ele vai fazer força, então ele vai perder peso porque ele vai querer se esquentar, ele sente frio né. E ele estando comigo, aqui em mim, ele não vai sentir frio. [...] Ah, **para gente fazer o serviço de casa também...** (Como assim?) Ah, lavar roupa...[...] Serve também, vamos dizer, a gente está com o neném aqui, serve para a gente fazer um serviço em casa.*

(Helena, 24 anos, 3º filho)

Nas tentativas das mulheres em descrever o programa a partir das vantagens que este trará para a recuperação da criança, especialmente como uma forma de fazer o bebê ganhar peso, algumas entrevistadas, muitas vezes, percebem-se como identificadas às incubadoras, estando ali presentes apenas para cumprir o papel destas máquinas.

*É porque assim, eu acho que assim, é um momento de adaptação da gente à criança... Sei lá... Não sei explicar... Ah, eles não explicaram direito não, mas eu acho que é prá... É que o neném prematuro não tem... é... não tem aquecimento do corpo né, e **isso serve como se fosse a... aquela... como que chama mesmo? Aquele berçário que lá fica em baixo?** (A incubadora?) Isso, **a incubadora.***

(Fátima, 26 anos 1º filhos)

*(Quem explicou prá você do canguru?) A enfermeira. [...] Falou que **ele sentindo o calor do meu corpo, aí ele não precisa ficar mais naquele... incubadora lá em baixo, não precisa ficar lá dentro. Por isso que ele está aqui.** [...]*

(Ana, 33 anos, 6º filho)

O Programa Canguru também é descrito como um período de adaptação entre a mãe e o bebê. Muitas mulheres afirmaram que elas e seus bebês se tornaram desconhecidos um para o outro após o parto, em função do período de internação da criança; a participação no programa permite um resgate da condição de gestante que o nascimento prematuro interrompeu. Esta “redescoberta” do bebê é também um reencontro com a própria condição materna, pois parece que somente o cuidado concreto com a criança pode imprimir realidade a esta experiência.

O prazer obtido com este encontro ajuda a superar o desconforto da prática do programa. Ao descrever estes momentos as entrevistadas expressam-se de forma mais direta, sem recorrer à palavra do outro para atribuir significados ao que vivenciam. É mais fácil expressar uma opinião pessoal quando falam da importância do contato com o bebê para que uma relação afetiva se estabeleça. Do ponto de vista da mãe, esta parece ser a maior vantagem do Programa Canguru.

*Eu acho que é... é desconfortável prá gente mas é bom prá criança porque senão... a gente chegaria em casa, sei lá, com a criança e ela ia desconhecer a gente porque, tudo bem, ela conhece quando está na barriga mas depois fica muito tempo ali no berçário, só pega nela só prá dar banho, remédio, leite, não tem contato com a gente, eu acho que você... **Se não tivesse o programa a gente chegaria com uma estranha em casa.** Porque ela não tinha um contato, não me reconheceria assim. Até porque tem bebê que fica quanto tempo incubado... Então eu acho que passa a desconhecer o tempo que ficou na barriga de tanto tempo que fica... Então eu acho que **é bom prá criança conhecer a mãe, a gente também conhecer o bebê, saber do que ele gosta, porque até ele nascer ninguém não sabe do que vai gostar, como ele gosta de dormir, como ele gosta de comer, então eu acho que é muito bom prá criança.***

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

*Eu nunca tinha pegado ele no colo pequinininho, aí, graças a Deus eu peguei ele no colo. E a minha alegria é porque eu estou com ele no meu colo... (ri) E estou mais feliz ainda porque ele está aqui dentro (rindo aponta a bolsa canguru).É, porque ele tá dentro do canguru, porque **aqui você sente ele sabe, como se ele estivesse dentro da barriga da gente.** Só que aqui é diferente porque aqui tem que tirar ele, dar banho, vestir roupinha nele, ter mais cuidado, porque dentro da barriga a gente tinha cuidado mas estava por dentro né, e agora ele para o lado de fora tem que ter mais cuidado ainda com ele. É banho, é o leite dele, roupinha que tem que ser bem lavada, bem limpinha, bem cuidada.*

(Ana, 33 anos, 6º filho)

*Ela nasceu dia 22, foi numa segunda-feira, daí passou uma semana inteirinha, na outra quinta-feira que eu consegui pegar ela, então **para mim está sendo tudo** né, porque eu fiquei uma semana e pouco sem pegar ela, sem ver, sabendo que ela estava fora de mim então... No dia que eu tive alta eu cheguei em casa e comecei a chorar... porque foi a primeira vez que eu estava sem a minha filha. Pelo menos aqui no hospital toda hora eu estava descendo lá, vendo ela.*

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

Em alguns relatos aparecem ainda referências a uma outra importante vantagem que, do ponto de vista da mãe, o Programa Canguru oferece: permite o controle dos cuidados oferecidos pela equipe de saúde ao bebê. A mesma desconfiança que elas demonstraram em relação às informações e aos cuidados que a equipe lhes ofereceu (como discutimos no item 3 deste capítulo) reproduz-se com respeito aos bebês e à participação no programa. Estar no Programa Canguru é uma forma de assumir pessoalmente o controle da situação, ensaiando uma ruptura com uma postura passiva diante da equipe:

Ah, prá mim eu acho desconfortável, melhor que eu estivesse em casa. (ri) Não, é gratificante, sei lá, porque eu deixar... É melhor eu estar com ela aqui que eu deixar ela aqui e ir prá casa. Isso é melhor, eu ficar aqui com ela, que eu sei o que é que está acontecendo, se ela tiver fome eu dou e lá em baixo tem horário, ela só come no horário deles [...]. Lá ela só comia de duas em duas horas e ela chorava com fome. Ela achava pouco a comida que davam prá ela. Então aqui não, ela chorou, eu dou. Então eu acho melhor ela comigo, dia e noite, é desconfortável mas é melhor do que eu deixar ela aqui e ir prá casa.

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

Só que aqui (no programa) é melhor, porque a gente cuida dele melhor, sabe, direito. Troca ele, troca toda hora. E fica pertinho dele. Faz tempo que a gente não ficou perto dele.

(Ana, 22 anos, 6º filho)

(..) para mim está sendo gratificante porque pelo menos eu estou com a minha filha né. Estou sabendo que ela está bem, é um... é uma maneira de eu estar ajudando ela enquanto ela não tem alta.

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

Além das vantagens já descritas, muitas mulheres encontram ainda um outro importante motivo para participarem do Programa Canguru. A prática de maternagem que este programa sugere encontra uma importante justificativa no ideário social do papel materno, que o promove como altamente significativo para a definição do papel social da mulher. Vivê-lo é essencial na constituição da identidade do gênero feminino, mesmo que implique sacrifícios, exigindo da mulher que abdique das próprias necessidades em função do cuidado com os filhos, já que é também função da mãe promover sua saúde. É o “padecer no

paraíso” do ditado popular. Este ideário é mais significativo quando o papel da mulher reduz-se ao de esposa e mãe.

(Você dorme com ele?) *Durmo. Quer dizer, durmo não, eu passo a noite sentada porque eu não consigo dormir desse jeito aqui, sabe. Mas **prá saúde dele as mãe tem que fazer qualquer coisa, então pela saúde dele eu faço tudo.***

(Ana, 33 anos, 6º filho)

A aceitação do Programa Canguru é favorecida, portanto, se cada mulher individual se identificar com a categoria genérica representada na fala de Ana como “as mães”, numa referência à “mãe comum” ou “normal”, com todos os atributos sociais que esta categoria contém: dedicação, abdicação, amor incondicional. No entanto, este mesmo ideário que valoriza o papel materno torna a permanência da mulher no hospital difícil para quem tem outros filhos, pois uma mãe dedicada deve conduzir-se desta mesma forma com todos os seus filhos, indistintamente, e não com apenas um.

*Ah, **fico pensando no outro filho** né, que a gente deixou, que está... A gente sabe que está bem mas... é filho né? E a gente isso a gente não... Pode ir **prá fazer uma viagem bem longe, mesmo que seja a passeio, não vai esquecer do que ficou prá trás.***

(Carmem, 27 anos, 3º filho)

*Agora é pedir a Deus para que meu filho vá embora prá casa e pronto. Ficar livre pelo menos por um bom tempo desse hospital. Desse não, de qualquer outro hospital que, ave Maria! (suspira) Ai... É que eu fico imaginando o tempo que eu tô aqui sentada, ou senão deitada, eu tinha feito um monte de coisa em casa. Porque **eu tenho certeza que ainda não está feito na minha casa o que era prá mim fazer.** Por isso que eu fico nervosa e doida prá ir embora mas... tem*

que ter paciência. Se eu ficar nervosa e ficar doida prá ir embora não vai adiantar nada então... tem que ter paciência.

(Ana, 33 anos, 6º filho)

*Ah, eu acho que (o mais difícil) é ficar aqui no Hospital. [...] Ainda ontem eu estava nervosa aqui porque... ai, eu queria descer para telefonar, as enfermeira não queria deixar, meu Deus do céu... A gente quer saber né, mesmo que está com a mãe né, a gente quer ligar para saber (dos outros filhos). [...] Eles falam que eu tenho que ficar calma, não posso pensar em nada, como? Não tem como... né? Pensar só no neném não tem como. **Eu não consigo pensar só nele e esquecer os outros.***

(Helena, 24 anos, 3º filho)

As obrigações para com a família que não podem ser cumpridas durante a participação no Programa Canguru, parecem ser a principal fonte de preocupações e a maior dificuldade alegada pelas mulheres para participar do programa, mesmo pelas que não têm outros filhos. Esta alegação, contudo, pode também ser uma forma mais aceitável de recusar-se à participação no programa: pode ser mais fácil dizer “não posso” que dizer “não quero”.

*A médica, teve uma médica que chegou aqui né, eu estava triste porque não ia embora ela: “Por que você esta triste?” Falei: “Ah porque eu queria embora né, porque **eu preciso ficar em casa para cuidar da minha mãe e do meu irmão.** Ela: “Ai mais você tem que pensar na sua filha, sua filha que precisa de você” Eu falei assim “Não senhora, ela precisa de mim, minha mãe e meu irmão também precisa.” “Ah, mas sua filha precisa mais ainda”. Eu falei assim: “Precisa do mesmo tanto.” Porque se ela é minha filha, a outra é minha mãe e o outro é meu irmão. **O mesmo amor que eu dou para***

ela eu dou para os dois, a única diferença que essa daqui é pequeninha ainda.

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

Se os objetivos do Programa Canguru são percebidos como positivos e participar dele oferece vantagens claras para a mulher, sua prática é relacionada a uma série de características negativas: é desconfortável, atrapalha a mulher, incomoda-a, exige esforço e sacrifício pois dificulta seus movimentos, não permite que ela durma à noite, afasta-a de sua família, expõe seu corpo.

*Ah, ficar o dia todinho com o bebê... Sei lá, só na hora de tomar banho tirar, então tem que levar, é **desconfortável**.. Você dormir à noite, **você não consegue dormir**. Você tem que ficar deitada só prá cima, só de barriga prá cima, principalmente eu que não durmo assim, então é desconfortável. E eu também não gosto que bote peso na minha barriga. Eu **não agüento**, nem a mão do meu esposo eu deixo ele colocar porque é desconfortável prá mim... Só que quando eu chegar em casa eu acho que eu não vou nem importar... (ri). Vai fazer três dias... amanhã faz três dias que eu estou com ela! [...]E eu **tenho trauma de ficar sem sutiã**. Não gosto, até prá dormir eu fico com sutiã e ter que ficar pelada... Eu **não tenho costume de botar coisa assim** (mostra a roupa canguru, uma espécie de blusa com frente única, que deixa as costas de quem a usa descobertas) *Se chegar alguém aí você está... Principalmente porque eu sou evangélica né, então eu não visto roupa assim. Então chega um, você pega uma toalha, se esconde...**

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

*Eu acho assim que... Não teria como, assim, é... precisão de você ficar 24 horas com aquele negócio (mostra a roupa). [...] **Muito tempo**. Também é uma coisa tudo aberta nas costas, **tudo pelada**. [...]Por*

*isso que eu uso a coberta aqui (demonstra). Eu ponho. **Muito aberto...** Eu ponho, ele fica assim, no Canguru, eu pego e ponho a coberta. Porque já é de alcinha assim né, ai fica tudo aberto. [...] A noite é frio! Fica... **Mas tem que ficar!** Por isso que eu falo que não tinha necessidade de ficar 24 horas [...] De dia não, você não precisa ficar andando, fica no quarto, vendo televisão, deita, levanta, anda com ele, eu converso com as meninas aqui. Mas tem hora que você vai pegar uma água, você vai né, **e eu tenho vergonha, eu não gosto...** de andar com esse negócio pelado. As meninas, tem gente que não liga não. [...] Ah, mas eu já... **prá mim já não serve.** [...] nem todas as pessoas gostam de andar com as costas pelada assim. Costas nada, daqui prá cá tudo aberto... Pouca gente gosta né, então não sente a vontade.*

(Helena, 24 anos, 3º filho)

*Tem hora que **incomoda** esse negócio aqui, né (mostra a bolsa para colocar o bebê). [...] Sei lá, a gente vai dormir com esse negócio **parece que a nenê vai cair, parece que vai virar em cima...** No primeiro dia, nossa, **eu nem dormi.** Agora eu já até acostumei. [...]*

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

O programa é descrito nas entrevistas de forma ambígua, às vezes positiva, às vezes negativa. São mais freqüentes as referências positivas quando as mulheres falam a respeito dos objetivos do programa; com relação às práticas necessárias para sua efetivação – manter o bebê na posição canguru o maior tempo possível – as referências mudam de sentido. Estas práticas, contudo, são toleradas e as entrevistadas consideram sua participação no Programa Canguru fundamental.

Entretanto, esta valorização do programa pela mulher decorre, em geral, do fato de sua aplicação exigir a sua presença no hospital. Isso atende ao mesmo tempo à sua necessidade afetiva de estar junto da criança e ao seu desejo de supervisionar/controlar o cuidado

oferecido ao recém nascido no hospital. A recuperação física da criança somente é referida como vantagem a partir de uma apropriação daquilo que os profissionais de saúde transmitem; é tomado assim pelas mulheres através da reprodução do discurso dos técnicos, sem refletir uma convicção pessoal de cada entrevistada.

Embora o favorecimento do vínculo mãe-bebê seja valorizado pelas usuárias que entrevistamos e esteja descrito nas normativas do programa como um de seus principais objetivos, o ambiente onde o Programa Canguru era realizado na instituição visitada não parecia favorecer o desenvolvimento de um contato íntimo da mãe com a criança. A prática do programa estava inserida na rotina do hospital, desenrolando-se em meio a uma série de outras práticas médicas de cuidado com o corpo (examinar, avaliar, medicar, etc), desempenhadas de forma padronizada pelos profissionais de saúde, sem guardar muito espaço para a privacidade, para a singularidade ou para uma relação íntima.

Assim, observamos uma preocupação evidente dos técnicos com a permanência do bebê na posição canguru; no entanto, não havia este mesmo empenho em favorecer o contato entre mãe e filho, embora a valorização deste vínculo fosse veiculada com frequência através das explicações que os profissionais de saúde ofereciam às usuárias. Das visitas que fizemos ao hospital guardamos a impressão de que, para os técnicos, bastava que a mulher colocasse o bebê na bolsa canguru; nada mais seria necessário para que a mãe desenvolvesse um bom vínculo com seu filho. O quarto de alojamento conjunto encontrava-se com frequência excessivamente movimentado, com a presença constante da televisão ligada e um grande número de pessoas transitando, a ponto do corredor da instituição parecer um local mais apropriado para o contato com uma das entrevistadas.

Essa situação ficou particularmente evidenciada nas duas visitas que fizemos para entrevistar Edna, mãe de gêmeos. A primeira visita foi interrompida porque, segundo a enfermeira, Edna precisava, naquele momento exato, fazer a “ordenha” (tentar tirar um pouco

de seu leite para alimentar um de seus filhos). Na segunda reinternação de Edna, quase um mês depois, conseguimos enfim conversar mas ainda em meio a várias dificuldades. Junto com Edna estava sua mãe que veio ajudá-la a cuidar dos gêmeos – como ela estava amamentando o gêmeo que primeiro teve alta hospitalar, teve que trazê-lo consigo para o hospital, daí a necessidade de mais um acompanhante para que ela pudesse participar do programa. Neste dia o quarto estava lotado, todos os leitos estavam ocupados e no leito ao lado do seu estava Gilda acompanhada de sua mãe. O movimento ali era muito grande pois além de Edna havia mais cinco adultos e cinco recém-nascidos no quarto. Ela mesma sugeriu então que conversássemos no corredor, num pequeno hall diante do posto de enfermagem.

Entendemos que esta divergência entre o que parece ser priorizado no programa pelas mulheres, o que é veiculado pelas práticas discursivas dos profissionais de saúde, e pelas práticas não discursivas efetivamente desenvolvidas na instituição, permitiu que uma série de adaptações surgisse durante a aplicação do Método Canguru. Muitas mulheres observadas não traziam seus filhos na bolsa-canguru quando as entrevistamos, mas no colo. Algumas facilmente deixavam seus bebês no berço, em nossa presença, com frequência maior do que admitiam; outras assumiam retirá-los da bolsa à noite, para dormir. O favorecimento do controle térmico da criança não parecia ser para elas uma prioridade, mas sim estar junto de seus filhos e cuidar deles da forma que usualmente o fariam. Isso não implica necessariamente trazê-los numa bolsa junto ao peito.

Assim, a experiência de carregar um recém-nascido preso ao próprio peito é descrita nos relatos das entrevistadas como desconfortável, inibindo seus movimentos e dificultando atividades básicas do cotidiano, como comer e dormir. Entretanto é uma prática a qual estas mulheres não se recusam abertamente, pelo contrário. A resistência às práticas do programa aparece antes nas ações que nas palavras; quando assumem as modificações que introduzem na prática do programa, a maior parte das mulheres justifica-se, alegando proteger a criança.

Ah, eu... Às vezes eu saio prá ir no banheiro, né? Quando eu chego eu já coloco, prá almoçar eu já deixo do jeito que está... Às vezes eu saio lá (fora do hospital) **prá fumar**, igual você viu, eu tiro ele prá não pegar fumaça nele porque não é muito bom, né... Mas **eu fico, assim, a maior parte do tempo**. Dormir ela dorme comigo, assim [...] porque eu deito e ela deita em cima da minha barriga.

(Carmem, 27 anos, 3º filho)

De dia eu cochilo com ela aqui e **de noite eu não...** Como eu estava... Ontem eu estava gripava eu tirei ela e **coloquei aqui do lado né**, porque senão... É porque eu tinha tomado remédio então... É, antes de escurecer eu tinha dormido. **Eu coloquei ela aqui um pouquinho no bercinho**, eu dormi que mulher(a enfermeira) falou que eu estava até roncando. Daí ela me acordou para pegar ela, porque à noite, como eu durmo com sono pesado, eu tiro porque senão... Para depois eu... ela descer lá para baixo de novo não vira não. [...] **eu coloco ela aqui** (mostra a cama) assim, deito bem aqui perto da parede. **Cubro ela direitinho.**

[...]

Eu via... que nem, a outra mãe, **ela colocava a nenenzinha com roupa no Canguru, tudo**. Ela quase **sempre deixava a nenenzinha no bercinho**, que ela descia lá em baixo para fumar, para comer as coisas e com ela (dirige-se à filha) já está sendo mais rígida as coisas. (...) Não, **de vez em quando eu tiro**. Ontem eu tirei e descí lá em baixo um pouco para ir no trailer ali com a minha mãe (o trailer de lanche fica numa rua na lateral do hospital). Só que tive que vir rápido se não ela esfriava.

(Gilda, 16 anos, 1º filho)

Esta mesma diferença de prioridades parece ser a fonte de uma série de conflitos entre as usuárias do programa e a equipe, dando origem a uma hostilidade às vezes direta, outras

vezes velada, quando a mulher é censurada em função das adaptações que faz na prática do “canguru”.

Aqui que a gente sempre tem que sempre ter cuidado porque sempre vem médico, sempre fica olhando se tá ali, fazendo a coisa perfeito. Em casa a gente tem liberdade né, tem as coisinhas assim, já tem a.... tem as coisinhas dela. Aqui é ruim que não pode colocar roupinha nela (em função do Programa Canguru).

[...]

O médico até chamou a minha atenção hoje, falou que não é para eu fazer isso (tirar o bebê da bolsa) que ela perde energia, fica sem esquentar.

(Gilda)

Algumas mulheres questionavam mais abertamente certas exigências do programa, como dormir com o bebê na bolsa canguru ou deixá-lo vestido com pouca ou nenhuma roupa. Estas atitudes que contrariam as prescrições do programa, se não podem ser justificadas como uma forma de a mãe proteger a criança (do vírus da gripe, da fumaça do cigarro, do sono da mãe) são justificadas então como uma forma de promover mais conforto ao recém nascido:

Eu acho (melhor) no colo porque eu posso por prá um lado, posso por prá o outro, eu posso... se eu querer ir no banheiro eu posso soltar ela rapidinho... (com o neném dentro da bolsa você livra os braços?) Nem tanto. Só um. O outro eu fico segurando assim (apoando a cabeça) prá cabeça dela não... Até porque se eu soltar ela aqui dentro ela vai ficar encolhida demais [...] aí o peso dela vai ficar todinho aqui (na parte de baixo) e ela vai ficar emprensada aqui em baixo. Aí eu tenho que ficar segurando um pouco que é prá ela não ficar... Para o

peso dela não ficar total sem apoio... Para o peso dela não ficar todo nela assim (mostra as pernas do bebê)...

(Beatriz, 22 anos, 1º filho)

*[...] o médico... porque na realidade teria que ser assim... feito com a criança nu, só com a fraldinha e você sem a blusa. Mas aí eu falei para o Dr.: “Dr., ela já é prematura, como é que eu vou deixar essa criança sem roupa?” Comigo aqui tudo bem mas e depois se pegar uma friagem e ficar doente? Eu falei: “**Ah não, eu faço com ela mas eu faço de roupinha.**” (ri). [...] **Fiquei com medo dela ficar doentinha, pegar uma “friaginha” né, já é prematurinha, já é tão sensível...**[...] **Colocava macacãozinho bem fininho e colocava ela aqui** (sobre o peito) **e dormia a noite inteira com ela de bruço, como eu costumo dormir mesmo, com todos os meus filhos eu faço isso...***

[...]

*Ah eu só fico com dó porque dá a impressão que as perninhas deles ficam tudo enroladinhas mas é a posição que eles ficam na barriga né, tudo encolhidinho. Mas **dá impressão assim que não é confortável prá eles...** É, dá uma sensação... Eu ficava arrumando ela toda hora, porque eles ficam como assim, agaixadinhos dentro do... do... do canguru né? Fica a cabecinha prá fora, os bracinhos e as perninhas assim, tudo encolhidinha. Então **dá uma impressão assim de desconforto.***

(Deise, 35 anos, 3º filho).

Outras entrevistadas justificam o fato de não usar a bolsa canguru exatamente pelo mesmo motivo que exigia sua participação no programa, ou seja, para favorecer o aquecimento do bebê. É o que Fátima, por exemplo, explica quando o fato de estar sem a roupa canguru é notado pela pesquisadora:

*(F., estou vendo que você está sem a roupa canguru.) Por que de duas em duas horas tem que tirar prá dar mamar né. **É muito trabalhoso.***

*[...] Colocar e tirar. Porque aí eu tenho que desembulhar ela e tenho que tirar né. E assim (como está fazendo) não, olha. (Você está só com ela encostada no peito...) Só. Aí eu levanto com ela segurando, né. Aí eu seguro. [...] Porque **assim não dá tempo de esfriar**, olha. Porque prá mim tirar ela tem que tirar toda, né, tem que tirar a... desembulhar ela. E **assim eu já deito ela e ela fica cobertinha**. [...] É porque a enfermeira disse que se ela esfriar ela perde peso né. Então não pode esfriar... ela esfria muito rapidinho... Então tem que ter todo esse cuidadinho. Não é fácil não...*

(Fátima, 26 anos, 1º filho)

Cabe ressaltar que as mesmas estratégias que algumas mulheres empregam diante de outras situações adversas também se fazem presentes quando elas lidam com as restrições impostas pela rotina hospitalar que envolve o programa. Em várias visitas chegamos ao quarto e não encontramos a mãe. Ela havia deixado seu filho aos cuidados de alguma colega de quarto enquanto saía para fumar, telefonar para a família, tomar um lanche ou apenas passear pelo hospital. Era uma forma de escapar um pouco do ambiente em geral saturado do quarto, e da rotina monótona do programa. O recurso à solidariedade da família e da comunidade será ainda mais freqüente depois, quando as duplas mãe-bebê estiverem na etapa ambulatorial do programa. Nesta ocasião a criatividade, a capacidade individual de adaptação e o apoio solidário da família e da comunidade voltam a mediar intensamente as práticas de maternagem, envolvendo até mesmo aquelas prescritas pelo programa.

*(Você acha que vai conseguir fazer o Canguru na sua casa, Helena?) Ah, eu acho que eu vou.[...] Ah porque não custa nada né. Que nem a R.(enfermeira) falou: “Se você conseguir, melhor para ele, melhor ainda para ele no caso”... Eu vou tentar, se eu conseguir fazer lá. (Mas aí como é que faz, você tem que levar uma roupa daqui?) Não, **eu não preciso levar daqui** porque quem não sabe fazer um negócio*

de Canguru? [...] A madrinha do meu filho, ela tem confecção ela sabe. Duvido que ela não sabe, ela sabe.

(Helena, 24 anos, 3º filho)

*[...] aí eu ficava no canguru e ela (a mãe) fazia as coisas para mim. Em casa, eu no canguru, como eu não tinha a roupa e eu também não fiz, então eu tinha blusinhas de malha, de alcinha, aí a malha... eu esgarçava ela, as linhas chega a estralar na hora que puxa, quebrava as linhas, esgarçava elas e ponhava ele. (Então você não levou daqui, nem tinha na sua casa uma roupa que desse para você usar como canguru.) Não, eu não tinha e no dia que eu saí também eu nem conversei com a assistente (social) sobre isso, mas aí quando eu cheguei em casa eu falei assim: “**Em casa eu dou um jeito prá como eu fazer o canguru com ele**”. Daí inclusive eu esgarcei minhas blusinhas de alcinha para poder colocar ele no canguru. E eu achei que foi bom também do jeito que eu fiz.*

(Edna, 22 anos, 1º filhos gêmeos).

Estas mulheres, em detrimento do que afirmavam de positivo em relação ao programa, em muitos momentos demonstravam cumprir, através dele, apenas um compromisso burocrático que elas desejavam encerrar o mais rápido possível. Este compromisso com a instituição, com os profissionais de saúde, ou mesmo com um ideal de maternidade, parecia aprisioná-las num conjunto de práticas que não eram abertamente recusadas, tampouco corretamente cumpridas. As ações do programa, se organizadas apenas pela apropriação da palavra do técnico, a partir de um referencial médico pouco compreendido que a mulher apenas reproduz, não podem ser aceitas sem críticas ou resistências.

A proposta do Programa Canguru pode ser importante para referenciar a mulher diante da maternidade prematura e para auxiliá-la no contato com as instituições de saúde. No entanto, a postura e o preparo da equipe que conduz o programa, as exigências de sua prática,

e a forma como estas se desenvolvem no contexto hospitalar podem investi-lo de características negativas, como a descontinuidade, a inconsistência, a experiência de sacrifício. O programa termina por ser vivenciado como uma imposição, que a mulher aceita em função das vantagens que obterá com sua adesão a ele, e não por compartilhar do mesmo entendimento que os profissionais da saúde têm quanto a sua finalidade.

No discurso das mulheres o programa guarda, assim, alguma positividade relacionada à experiência afetiva que este proporciona, e também à oportunidade de acompanhando os cuidados oferecidos ao bebê que sua prática promove. Esta valorização contudo não impede que esta mesma prática seja de fato atravessada por inúmeras pequenas modificações promovidas pelas mulheres. Estas modificações, se por um lado prejudicam o desenvolvimento do programa tal como é proposto em suas normativas, por outro acabam por imprimir-lhe um sentido único, que prioriza o contato entre a mãe e a criança, mas de uma forma que escapa da formatação promulgada pelo discurso oficial e exigida na instituição.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve início com uma série de reflexões sobre a forma como as práticas discursivas e não discursivas articulam-se, tanto no âmbito da família quanto das instituições de saúde, produzindo sentidos para o papel materno. Entendemos que esta articulação repercute na maneira como são organizados e desenvolvidos alguns projetos e programas de saúde no país. Foi justamente o interesse em compreender como esta mesma articulação se efetiva que nos motivou eleger o Programa Canguru como campo de pesquisa. Dentro deste programa a presença da mãe no hospital, fornecendo calor ao filho pelo contato pele a pele, é valorizada como uma forma privilegiada de cuidado, capaz de favorecer a recuperação da criança nascida com baixo peso. Esta proposta chamou nossa atenção sua especificidade, que recai sobre um elemento essencial na organização da família moderna: a relação da mãe com seu filho.

A implementação desta forma de atenção neonatal encontra inúmeras justificativas. Estudos desenvolvidos na área médica comprovam o melhor desenvolvimento do bebê quando ele participa do Programa Canguru. Além disso, seu emprego possibilita uma importante economia de recursos públicos. No entanto, pouca atenção é dada a um elemento essencial à efetivação desta proposta: a pessoa que vai exercer a função materna, em geral a própria mãe. Sua participação no programa envolve um amplo conjunto de interesses e possibilidades pessoais e sociais, as quais estão implicadas na postura que cada mulher assume diante desta forma específica de cuidado. As normativas que oficializam essa proposta são pouco claras a respeito da pessoa que exerce a maternagem no programa. Isso 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 significações

que vão reverberar nas formas, também múltiplas, que essa proposta assume nas várias instituições que a empregam.

Além da participação da mãe, a aplicação do Programa Canguru envolve a atuação de diversos profissionais de saúde. Cada um deles, com suas características próprias, certamente desenvolve graus variáveis de implicação pessoal e profissional com o programa. Assim, a história pessoal de cada um dos pólos envolvidos no programa e as condições concretas que cada instituição oferece para seu desenvolvimento implicam diretamente no modo como este se organiza. Em decorrência disso, entendemos que a aplicação do Programa Canguru, realizada através de um conjunto de práticas (discursivas e não discursivas), confere ao programa características variáveis e nem sempre coerente com os objetivos divulgados através de suas normativas.

Estas normativas tomam como homogêneas as concepções de maternidade e as práticas de maternagem, ignorando sua produção histórica e material. Nesse movimento, utilizam como referência um modelo de família bastante comum, mas não unívoco. Este modelo, ancorado na organização pai-mãe-filhos e na valorização do amor materno, é generalizado a todos os usuários do programa, promovendo assim 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 o patrocinam. Para realmente ganhar consistência no campo social esta proposta precisa organizar-se através de um conjunto de práticas, discursivas e não discursivas, dotadas de penetração junto aos usuários por articularem-se às configurações subjetivas de cada um. Neste processo, incidirão sobre antigas configurações produzindo novos sentidos.

Entendemos que qualquer forma de ação implica sempre uma produção de sentidos por quem a executa. No caso específico da participação dos profissionais e usuários num

programa como o Canguru, acreditamos que esta 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, esta prática implicará na construção de uma forma de pensar, de sentir e de 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.

Na pesquisa empírica que realizamos, entrevistamos mulheres que participavam de uma das etapas do Programa Canguru, realizadas no interior do hospital. Focalizamos o momento em que o usuário deve ser orientado sobre a finalidade deste método e sensibilizado quanto a sua importância, além de exercitar-se com a posição canguru. Nesta fase a participação dos profissionais de saúde é fundamental, uma vez que as noções que os usuários assimilam nesta oportunidade são as mesmas que eles empregam na etapa ambulatorial do programa. Foi exatamente por este motivo que elegemos este momento do processo para a realização da pesquisa.

As usuárias que entrevistamos, todas elas as próprias mães dos bebês que participavam do programa, expressavam uma compreensão do papel materno construído essencialmente a partir do cuidado concreto com a criança. Este cuidado concreto, 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 fazendo parte de um “papel de mãe”, inserindo-se num conjunto de obrigações socialmente determinadas. O desempenho do papel materno,

contudo, era bastante valorizado pelas entrevistadas. A maternidade mostrava-se essencial na constituição da identidade social da mulher, sendo o cuidado com os filhos e com a casa suas atribuições específicas. Ela devia responder também pelo amparo afetivo da família, recorrendo para isso à religiosidade (calcada em princípios cristãos).

A organização familiar apreendida do conjunto das entrevistas pode ser descrita como fortemente marcada pela divisão de papéis entre os sexos, com maior valorização do homem. Este tinha como atribuição fundamental o provimento da família através do trabalho, embora nem sempre seus ganhos fossem suficientes sequer para as necessidades básicas de todos. Nestes casos, o recurso aos programas governamentais de complemento à renda era comum.

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. Mesmo descontínuo, esse acesso era em geral mediado pela mulher, que buscava auxílio nas Unidades Básicas de Saúde e nos 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. Embora apenas uma delas tenha declarado o exercício de atividade profissional remunerada, todas contribuíam de certa forma para a subsistência do grupo familiar, na medida que viabilizavam seu acesso aos recursos dos programas públicos de assistência. Esta ação aparecia nos relatos estreitamente ligada à maternidade, de modo que esta condição instaurava, simultaneamente, um lugar e uma identidade social preñhe de sentidos para a mulher. Estes sentidos não de 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 amparo de programas do Estado, a solidariedade era outra importante estratégia utilizada por estas mulheres para garantir a subsistência cotidiana do grupo familiar. Em situações de crise sua importância acentuava-se. Era a solidariedade da família ampla, de amigos e até de pessoas estranhas que permitia às entrevistadas organizarem-se para cuidar do bebê prematuro, viabilizando sua participação no Programa Canguru. Esta atitude solidária da família era responsável pela doação de roupas para o bebê, pela substituição da mulher nas tarefas domésticas e pelo cuidado com os outros filhos durante a ausência da mãe.

O nascimento prematuro de um filho era descrito pelas entrevistadas como causando 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 era em geral relacionado 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, para a qual outras práticas de maternagem não ofereciam referências. Assim, observamos o recurso à palavra do outro, especialmente 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 apoiá-la emocionalmente diante do

impacto que o parto prematuro produzia. A religião passava então a ocupar um lugar central nesse processo. Na fala de muitas mulheres a “vontade de Deus”, seu poder e sabedoria eram referências constantes. Essas referências traduziam a importância desses valores no processo de produção de sentidos destas mulheres, mas demonstravam também a dificuldade que elas encontravam para apoiarem-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 mulheres recorriam também à descrição minuciosa de todas as ocorrências que envolveram o parto e a internação da criança. Estas descrições eram muitas vezes contrapostas a longos silêncios, quando as emoções relativas a tais ocorrências emergiam. 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, luzinha, 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 aproximavam-se, ora afastavam-se de emoções conflitantes como medo, culpa, compaixão, rejeição, amor, angústia. Todos esses sentimentos são passíveis de serem desencadeadas 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 ao anormal. O papel materno passava a incluir cuidados especiais, entre os quais as entrevistadas situavam o Programa Canguru.

A participação no Programa Canguru era aguardada por muitas mulheres com ansiedade, como uma oportunidade de resgatar o contato com o filho e de tornar concreta a

própria maternidade. Para as entrevistadas a internação hospitalar, decorrente do nascimento prematuro, promovia uma ruptura nesse processo, à medida que impedia o contato direto entre a criança e a mãe. Através da participação no 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.

Lembramos que o Programa Canguru insere-se num amplo conjunto de intervenções referentes à assistência materno-infantil, as quais se iniciam ainda durante a gestação. O nascimento prematuro 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 descontraídos, outras vezes conflitantes, que produziam confusão, insegurança, desorientação e desconfiança no usuário. Diversas entrevistadas descreveram as relações que estabeleceram com os profissionais e instituições de saúde de uma forma que nos permitiu apreender a inconsistência e incoerência que estas podem adquirir, do ponto de vista do usuário, quando prestadas de modo desarticulado.

Em função 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 que observamos do programa 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 ali desenvolvidas, ou vivenciadas em situações anteriores. Assim, o

Programa Canguru tendia a ser associado a essas outras experiências, tomando-se também objeto de desconfiança.

A posição assumida pelas mulheres diante das orientações de médicos e enfermeiras muitas vezes aparentava 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 discurso médico (ainda que o reproduzissem na sua fala) e quando recorriam constantemente à palavra de Deus, onde pareciam encontrar uma referência mais segura para orientá-las que no saber médico. Era claramente perceptível através da insistência de muitas mães em marcar presença no hospital, controlando assim o cuidado oferecido à criança.

A proposta do Programa Canguru de início era vivida com curiosidade, espanto e estranheza pelas entrevistadas. Elas procuravam atenuar essa estranheza relacionando a prática do programa a outras experiências de cuidado com crianças que conheciam, como o uso do “bebê carona”. Entretanto, mesmo estas experiências dificilmente 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 esta 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 pelas entrevistadas como importante, ou que as mulheres não valorizassem sua participação nesta forma de atenção à criança. Esta prática era tolerada em função das vantagens que as mulheres obtinham através de sua participação.

A principal vantagem que as mulheres apontavam foi o reencontro com a própria maternidade, cujo processo de organização sofria uma ruptura com o nascimento 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 obtida pelas mulheres com a participação no programa relacionava-se ao fato deste exigir sua presença no hospital, o que permitia o controle dos cuidados oferecidos ao bebê pela equipe de saúde. Esta presença junto à criança tranquilizava as mães por atender suas necessidades afetivas e, ao mesmo tempo, atenuava 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 mulheres com frequência relatavam seu receio de que o bebê não fosse corretamente alimentado ou de que não recebesse pronta assistência da equipe, caso não dispusesse da mãe ao seu lado para zelar especificamente por ele.

Desse modo, entendemos que os usuários 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. Este cuidado 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 todo o cuidado oferecido ao bebê. De forma distinta

das mães, médicos e enfermeiras valorizavam a melhor recuperação clínica da criança, que entendiam ser facilitada pela prática da posição canguru. Afirmavam também a importância do vínculo mãe-bebê nesta recuperação, embora não tenhamos observado uma preocupação em promover realmente o desenvolvimento deste vínculo.

O Programa Canguru que observamos se realizava imerso num conjunto de práticas médicas que não favoreciam o estabelecimento de uma relação íntima e calorosa entre a mãe e o bebê; na verdade apenas os expunha à rotina hospitalar. Nesta rotina, 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 participassem de um mesmo programa, o lugar que cada um ocupava nesse processo não podia ser o mesmo. Enquanto o bebê permanecia internado no hospital, vinculado à instituição como paciente, a mulher inseria-se no programa como acompanhante da criança. O Método Canguru é definido em suas normativas como uma forma de assistência neonatal – ou seja, dirigido ao recém-nascido e não à mãe, embora a participação dela seja fundamental nessa proposta. A forma como essa prática de saúde era exercida, porém, desconsiderava que o envolvimento efetivo da mulher no programa exigia dela uma posição diferente daquela assumida por alguém que é objeto passivo dos cuidados do outro, sem voz ou vontade durante este processo. Seu envolvimento no programa pressupõe que a mãe adote uma posição mais ativa e participativa, já que ela deve assumir pessoalmente a maior parte dos cuidados com a criança. Essa postura certamente depende das características pessoais de cada mulher, mas pode ser mais ou menos favorecida pela equipe de saúde.

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, contudo, que esta preocupação traduzia um receio por parte da equipe de que a pesquisadora, interagindo com as entrevistadas como verdadeiros sujeitos, tirasse-as do lugar passivo que ocupavam no hospital. Essa exigência implicava que não escutássemos verdadeiramente estas mulheres, nem lhes oferecêssemos espaço para afirmar seus sentimentos ou expressar seu sofrimento psíquico.

Este sofrimento contudo “escapava” por todos os lados: uma das mulheres com que conversamos definiu o espaço de alojamento conjunto, onde o Programa Canguru se desenvolvia, como o “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. Um choro que expressava sentimentos que não tinham lugar naquela instituição, que não pareciam acolhidos nem mesmo pelo psicólogo que lá trabalhava. Este profissional, que supostamente poderia dedicar uma escuta diferenciada a essas mulheres, tinha naquele hospital uma atuação que não pudemos observar. Acreditamos que isso tenha ocorrido em virtude de sua carga excessiva de trabalho (apenas uma pessoa atende todo o hospital), mantendo-o envolvido com inúmeras situações diariamente. Qualquer que seja a razão, seu trabalho foi lembrado apenas por uma das entrevistadas, de forma positiva porém vaga.

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, o faziam por razões distintas daquelas veiculadas pela equipe, o

que implicava numa adesão apenas relativa às suas práticas. Para as entrevistadas, a sua presença junto da criança era o principal fator que determinava a participação no programa, o que não implicava na aceitação do contato pele a pele ou no 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. Observamos que muitas entrevistadas não colocavam os bebês na bolsa canguru mas os traziam no colo; outras se recusavam ao contato pele a pele, vestindo o bebê e colocando-o desta forma na bolsa; poucas utilizavam o canguru durante a noite. Pudemos observar essa atitude em todas as visitas que fizemos à instituição, mesmo quando as mulheres afirmavam verbalmente as vantagens do programa.

Estas alterações produziam conflitos entre as mulheres e a equipe. Tais conflitos às vezes se expressavam de forma direta, em geral contrapondo usuárias e auxiliares de enfermagem. Na maioria das vezes, porém, permaneciam dissimulados. Quando se referiam às auxiliares de enfermagem muitas mulheres o faziam através de uma crítica à sua atitude “chata” ou “implicante”. Esta “implicância”, contudo, com frequência estava relacionada à exigência que as auxiliares faziam 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 seu desinteresse e sua falta de compromisso com essa prática. Para os profissionais de saúde, a atuação das mulheres no programa tornava-se “uma decepção”, com nos afirmou a enfermeira responsável pelo alojamento conjunto, já que o desempenho da maioria delas muitas vezes escapava da formatação prescrita nas normativas do programa. Essa atitude

“descompromissada” das mulheres para com o programa era identificada nos momentos em que as mulheres saíam do quarto para fumar, telefonar ou apenas para distraírem-se da rotina hospitalar. Igualmente era apontada quando relatavam suas dificuldades em permanecer no hospital ou quando se queixavam da prática da posição canguru. Além de uma falta de compromisso com o programa, essas atitudes também eram associadas a um desinteresse pelo próprio filho. Assim, deixar de cumprir as normativas do programa era recebido como uma falta, um descumprimento também de uma “obrigação de mãe”.

Talvez em função desse clima de obrigatoriedade, cobrança e imposição, muitas mulheres sentiam-se vigiadas pela equipe. Outras descreviam o programa como uma condição de aprisionamento sobre a qual detinham pouco controle. Dela só podiam se livrar quando a equipe as “soltasse”, as “liberasse”, sem que soubessem definir muito bem quais os requisitos para que isso acontecesse.

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, vivida naquela ou em outras situações de maternagem, e não apenas a partir daquilo que recebiam como proposta de cuidado através do programa ou dos profissionais de saúde. Em tais ocasiões assumiam de fato 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, distinguindo este processo de uma modelização restrita e autoritária. A maternidade então deixava por alguns instantes de ser experimentada apenas como um sacrifício, ou vivida como se fosse o foco exclusivo de interesse dessas 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. Para isso arriscavam-se às recriminações da equipe, de outras mulheres no hospital ou até de sua família. Muitas colegas de quarto porém mostravam-se solidárias e auxiliavam a mãe quando esta saía por alguns instantes, ou consolavam-na quando o peso de tantas obrigações era demasiado.

O contato afetivo entre a mãe e seu filho, um dos argumentos centrais utilizados pelos 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. Essas mulheres, no entanto, não desvalorizavam essa oportunidade de matemar, 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 importante momento para referenciar a mulher após uma gestação complicada e 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 uma forma que realmente inclua os usuários nas decisões e propostas a eles dirigidas. Isso implica numa mudança de postura que não pode ser responsabilidade de um único programa pois qualquer proposta, por mais bem aplicada que seja, não pode exercer-se de forma 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 dessas práticas no país.

Sem dispor do 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 mediante o forte impacto causado pela prematuridade da criança. A maneira como estas mulheres se mostravam implicadas com o 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 BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Sérgio. Dor e sofrimento, presenças ou ausências na obra de Foucault? *Cadernos da F.F.C.* (Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP). Marília: Unesp – Marília Publicações, 2000, v. 9, n.1, p. 11-33.

AGUIAR, Wanda M. J. A pesquisa em Psicologia Sócio-Histórica: contribuições para o debate metodológico. In: BOCK, Ana Mercês B.; GONÇALVES, M.^a da Graça; FURTADO, Odair (Orgs.) *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo: Cortez, 2001:129-140.

ALGRANTI, Leila M.. Famílias e vida doméstica. In: NOVAIS, Fernando A. (Coord.Geral); MELLO e SOUZA, Laura (Org.). *História da vida privada no Brasil: cotidiano e vida privada na América portuguesa*. V. 1. São Paulo: Companhia das Letras, 1997, p.84-154.

ALMEIDA, Maria Isabel. *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro: Campus, 1987.

ALTHUSSER, Louis. *Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado*. Porto/São Paulo: Editora Presença/Martins Fontes, 1974.

ARAÚJO, Maria de Fátima. *Família igualitária ou democrática? As transformações atuais da família no Brasil*. Dissertação (mestrado). São Paulo: P.U.C., 1993.

ARIÉS, P.. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

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

BAKHTIN, Mikhail. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: HUCITEC, 1992.

BOCK, Ana Mercês B.. A Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. In: BOCK, Ana Mercês B.; GONÇALVES, M.^a da Graça; FURTADO, Odair (orgs.) *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo: Cortez, 2001, p.15-35.

BRANDÃO, Helena H.N. *Introdução à Análise do Discurso*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Normas para realização de pesquisa com seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil*. Brasília: Fundação Nacional da Saúde/Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 693, de 05 de junho de 2000. Implantação do Método Canguru/Recém-nascido de baixo peso. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, n.º 129-E, seção I, p.15.

CAPONI, Sandra. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CARVALHO, Marcus R. de; PROCHNIK, Marta. *Método Mãe-Canguru de atenção ao prematuro*. V. 1. Rio de Janeiro: BNDS, 2001 (Coleção BNDS Social).

CARVALHO, M.^a do Carmo B.. A priorização da família na agenda da política social. In: CARVALHO, M.^a do Carmo B. (Org.) *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC, 1995, p.11-21.

CHARPAK, N.; CALUME, Z.R.; HAMEL, A. *O método mãe-canguru*. Rio de Janeiro: McGrawHill, 1999.

CHAVES, Wilson Camilo. A noção lacaniana da subversão do sujeito. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2002, 22(4), p. 68-73.

CHAUI, Marilena. *O que é Ideologia*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CHODOROW, Nancy. *Psicanálise da maternidade*. Uma crítica a Freud a partir da mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

CORREIA, Marilena Villela. Novas Tecnologias Reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas. *Revista Estudos Feministas*. 1998, 1(6), p.126-137.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1987

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 1992.

DONZELOT, Jacques. *Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DREYFUSS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DUARTE, Luis Fernando D. Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família. In: RIBEIRO, Ivete e RIBEIRO, Ana Clara T.. *Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Loyola, 1995:27-41

FIGUEIRA, Sérvulo (Org.). *A cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 07-13.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In DREYFUSS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. Apêndice, p. 231-249.

_____. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. *História da sexualidade*. V. 1. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. *A Arqueologia do Saber*. São Paulo: Forense Universitária, 2000.

GONÇALVES, M^a da Graça M.. A psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade: a historicidade como noção básica. In: BOCK, Ana Mercês B.; GONÇALVES, M.^a da Graça; FURTADO, Odair (orgs.) *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo: Cortez, 2001, p.37-52.

GONÇALVES, M.^a da Graça M.. A psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade: o debate pós-moderno. In: BOCK, Ana Mercês B.; GONÇALVES, M.^a da Graça M.; FURTADO, Odair (orgs.) *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo: Cortez, 2001, p.53-73.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Sueli. *Micropolítica*. Cartografias do Desejo. São Paulo: Vozes, 1986.

HÉRITIER, Françoise. A coxa de Júpiter: reflexões sobre os novos modos de procriação. *Revista Estudos Feministas*. 2000, Ano 8, n. 1, p. 98-114.

KLEIN, Melanie. Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986(a), p.216-255.

_____. Sobre a observação do comportamento dos bebês. In: *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986(b), p.256 – 289.

LASCH, Christopher. *A cultura do narcisismo*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LO BIANCO, Ana Carolina. A psicologização do feto. In: FIGUEIRA, Sérvulo (org.) *A cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p.94-115.

LUZ, Madel. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2000, 5 (2), p.293-312.

OGDEN, Thomas. *Os sujeitos da Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

ORLANDI, Eni P. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes, 2002.

PÊCHEUX, Michel. *Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1988.

PÊCHEUX, Michel. *O discurso: estrutura ou acontecimento*. Campinas, SP: Pontes, 1990.

PELBART, Peter Pal. Subjetividades Contemporâneas. *Revista Subjetividades Contemporâneas*. 1997, 1(1), p.4-11.

PINHEIRO, Roseni e LUZ, Madel. Modelos ideais X Práticas eficazes. Desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. n.191 (mar), p.03-23.

REY, Fernando L. G. *Sujeito e Subjetividade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: HUCITEC / Editora da UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

SALEM, Tânia. A trajetória do “casal grávido”: de sua constituição à revisão de seu projeto. In: FIGUEIRA, Sérvulo (org.) *A cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985, p.35-61.

WINNICOTT, D.W.. *O ambiente e os processos de maturação*: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Posto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1988(a).

_____. *Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988(b).

_____. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1993(a).

_____. *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes, 1993(b).