

A incidência do método canguru na relação mãe-bebê

Jacqueline de Oliveira Moreira
Roberta Carvalho Romagnoli
Diego Alonso Soares Dias
Carla Borges Moreira

Esse texto aborda os resultados parciais da pesquisa qualitativa financiada pela FAPEMIG e pela PUC/Minas que tem como objetivo investigar os efeitos do método Canguru na relação entre mãe e bebê prematuro. Nesse contexto, discute como se processa a instauração do vínculo de uma mãe com seu bebê prematuro, evidenciando a transição da experiência corporal para a construção da parentalidade, a partir das idéias de Winnicott. Buscaremos descrever os sentimentos, fantasias e idéias que as mães apresentam sobre os seus bebês prematuros. Sentimentos estes suscitados pelo nascimento prematuro e mediados pelo método Mãe Canguru.

Palavras-chave: Maternidade, Método Mãe Canguru, prematuridade

Em pesquisa qualitativa financiada pela FAPEMIG e pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa da PUC/Minas, que tinha como objetivo investigar os efeitos do programa de saúde neonatal desenvolvido na rede pública – o Programa Mãe Canguru – na relação entre mãe e bebê, coletamos dados que evidenciam o atravessamento da prematuridade na criação desse vínculo. A coleta de dados se deu a partir de entrevistas semi-estruturadas com usuárias que participaram do programa e da observação participante na Maternidade Municipal Aideé Conroy Espejo, no município de Betim. Nesses dados buscamos analisar os sentimentos, fantasias e idéias que as mães apresentam sobre os seus bebês prematuros, tais como a culpa, o medo da perda, o trauma do parto prematuro, o desejo de superproteger o bebê, dentre outros.

Não podemos negar que a prematuridade é uma variável que interfere diretamente na construção da relação da mãe com seu bebê. Podemos começar com um elemento que aparece em todas as mães entrevistadas, a saber: o nascimento prematuro é vivido como uma situação traumática. Embora a literatura acerca do parto prematuro enfatize a experiência traumática para o bebê, não podemos negar que essa situação é vivida pela mãe também como um trauma. Segundo Zornig (2001), “a vertente traumática do parto prematuro se relaciona a uma descontinuidade prolongada que deixa o bebê à mercê de seu próprio excesso pulsional” (p. 131), e poderíamos dizer que a mãe vive o trauma da angústia da separação abrupta:

M2: *Ah... era angústia. Olha, vou falar uma coisa que nunca falei pra ninguém. Depois que tiraram ela, que eu vim a mim, que eles me explicaram tudo que aconteceu, eu senti um vazio dentro de mim, pq eu não senti ela mexendo mais... e isso custou a passar, eu acho que o que eu senti, era que eu queria ela dentro de mim... é uma coisa estranha. Mas é assim, quando eles tiraram ela, que eu vi, que não tava dentro de mim, passava a mão na barriga, aquela barriga vazia... sem nada... ai foi que a ficha caiu, ela não tá aqui dentro, agora tem vida própria, e foi isso que aconteceu, olhava pra f2 uma vez, e sentia assim, cadê meu neném? Esse não é o meu neném. O meu neném tinha que tá aqui Eu chorava por causa disso, eu queria que ela voltasse. Eu queria que ela voltasse pra dentro de mim, eu não sei pq, dentro de mim, eu não entendo essa reação.*

Essa dupla vertente do trauma é distinta: de um lado o bebê, imerso em um trauma inominável, do outro a mãe, que possui recursos simbólicos para nomear a experiência. Continuando a pesquisar a vertente materna, observamos que um dos elementos que denunciam a situação de trauma é a confusão temporal. Essa afirmação se fundamenta na tese freudiana que vincula a origem do tempo como um modo de funcionamento rítmico do sistema perceptivo, anunciando que uma situação traumática rompe as barreiras protetoras deste sistema através da invasão de um excesso de estímulos produzindo, pois, uma suspensão temporal. Freud (1920) em sua reflexão sobre a origem da noção de tempo, nos revela que

(...) nossa ideia abstrata de tempo parece ser integralmente derivada do método de funcionamento do sistema Pcpt-Cs. e corresponder a uma percepção de sua própria parte nesse método de funcionamento, o qual pode talvez constituir uma outra maneira de fornecer um escudo contra os estímulos. (p. 44)

A forma do tempo é essencial para a construção da experiência. As excitações externas devem atingir o sistema Pcpt-Cs através de rápidos impulsos periódicos. A não-excitabilidade periódica, ou a descontinuidade na corrente de inervações, protege o organismo da morte pelo excesso e permite a distinção qualitativa dos estímulos. Freud ([1925] 1924) anuncia que "(...) o método descontinuo de funcionamento do sistema Pcpt-Cs jaz no fundo da origem do conceito de tempo" (p. 290). O tempo tem sua origem na descontinuidade, pois é essa idéia que permite a criação do processo de periodização e, assim, possibilita a apreensão da experiência através da diferenciação qualitativa dos estímulos. Uma situação traumática derruba as barreiras protetoras do psiquismo, e uma grande quantidade de energia inunda esse aparelho. Fica claro, portanto, que este excesso energético produzido pelo trauma coloca o sujeito fora do tempo. Vejamos a confusão temporal de uma entrevistada ao tentar localizar os momentos da sua internação, do parto e da internação do bebê:

M2: *Eeee, uma semana, uma semana, oh não, foi um pouco mais, eu não sei se foi sete ou se foi nove dias, você me desculpa eu não lembrar disso. Ela nasceu dia 31 né, ela nasceu dia 31 de marco e nós viemos embora no dia 12, no dia 12. Um pouco mais de uma semana. Eee, um pouco mais de uma semana.*

Após a anunciação da situação de trauma, as mães revelam, nas entrevistas realizadas, um sentimento de culpa em relação à prematuridade, como se elas de alguma forma fossem responsáveis pelo trágico acontecimento, não sendo boas mães. Acreditamos que este sentimento está totalmente vinculado ao ideal social da mãe devotada:

M8: *Aí o meu médico desistiu, quando eu comecei (...) o coração ficar acelerado demais, aí o médico foi e desistiu de procurar vaga e falou vou fazer a cesária dela aqui mesmo. Aí eu só pensava, aí vinha na minha mente, eu me culpava porque eu não aceitei, entendeu. Eu tô pagando um preço, que eu não aceitei e agora eu não queria perder ele, e cada vez que eu internei, cada vez pra segurar ele, eu pensava, é a minha rejeição, sabe.*

Esse ideal social da mãe devotada implica em uma aceitação plena da gravidez, em uma ausência de dúvidas e negações. Como se essa dúvida, bastante comum na maioria das mães, acarretasse o nascimento prematuro:

M8: *E eu também queria ter um casal de filhos, que era os dois grandão, que tava grande já é tudo. Quando eu me deparei com uma gravidez assim, eu queria a gravidez, mas não aceitava sabe, assim eu não aceitava, era uma dificuldade de aceitação.*

Além da rejeição da gravidez deflagrar a culpa, percebemos que essa também se manifesta de outras formas como, por exemplo, um pedido de perdão velado:

M8: *Falei P8, ele que chorou? É M8, o único neném que tem aqui é ele. E o médico foi, enrolou e já trouxe ele pra me beijar. Eu me lembro que beije os pezinhos dele porque tava toda anestesiada, e eles colocaram assim, o pai beija o rosto e a mãe beija os pezinhos.*

Ou, como a construção fantasmática que vincula uma posterior infecção do bebê com uma infecção da mãe, como se uma infecção urinária se transformasse em uma meningite:

M1: *Só isso mesmo. A infecção urinária nem foi por causa do parto. Foi antes. Eu tinha tomado os remédios já; só que não deu tempo de...é ...cura ela também né? Da minha infecção passou pra ela; que aí eu acho que onde ela deu meningite. Só que não deu tempo dela, e o meu eu acho que já tinha estabilizado, só que o dela ainda não tinha. Os antibióticos que eu tinha tomado, ainda não tinha feito efeito pra ela ainda.*

É preciso pontuar que em associação ao sentimento de culpa, as mães apresentam ainda uma força sobre-humana que as retiram do leito no dia seguinte na busca de seus filhos. Na sua grande maioria, os partos prematuros são complexos do ponto de vista médico e psicológico, e, nessas circunstâncias, as mães deveriam estar mais debilitadas, mas surpreendentemente há uma superação desse estado, das cirurgias ainda pulsantes. Percebemos que é como se essa força que sustenta o cuidado redimisse as mães do sentimento de culpa:

M8: (...) *É uma coisa que não tem nem explicação, o medo de perder é demais. Quando eles levaram ele pra UTI, que foi numa segunda de manhã, quer dizer no Domingo de manha, que eu ia ficar sozinha... Olha, foi uma coisa tão forte, pra mim foi forte demais, pq eu fui anestesiada meia noite e pouquinho que eles me levaram pro quarto, e não podia tomar banho sozinha, tinha que esperar né. Como é hospital público eles demoram.*

Essa prontidão, inclusive, causa estranhamento na equipe do programa Mãe Canguru:

M8: *E a minha força de vontade de ir lá... eu tinha visto ele mas eu enxergo pouco, queria ver ele de pertinho, queria ir lá pra ver ele e pegar. Levantei, devagarzinho, pedi Deus pra me ajudar. O berçário era do lado, mas era a ansiedade que me ajudava. Tomei o banho sozinha, deixei o chuveiro cair. Ela já tinha colocado a roupa lá, troquei, tudo sozinha. Quando ela voltou eu já tava sentando na cama, aí ela disse 'vamos tomar banho?', eu disse 'já tomei banho' (enfermeira) 'Menina vc não pode fazer isso, vc nunca podia ter feito isso'. Já tinha acabado a anestesia, e os pontos tavam queimando muito, e eu imaginei que tomando um banho ia melhorar essa dor e vou lá ver ele.*

Seja por dívida, seja por medo de perda do objeto, como veremos a seguir, seja por atualização da preocupação materna primária; certo é que essa atitude possui função protetora, importante para estabelecer um ambiente facilitador. O trauma e a culpa precisam ser "superados", pois o bebê demanda cuidados. Na relação com seus bebês além do trauma e da culpa as mães apresentam um sentimento de privação do seu futuro objeto de amor:

M4: *Ah, é ruim, né? É ruim pra todo mundo. A gente espera ganhar ele e vir logo embora, né? Mas teve que ficar lá...*

O sentimento de privação associado ao imaginário do bebê frágil produz fantasias de morte; o medo da perda do bebê é eminente. Nos nascimentos prematuros os bebês apresentam uma série de alterações orgânicas, tais como, baixo peso e necessidade de auxílio respiratório, além de um alto risco de morte neonatal. Essas características concretas dificultam o estabelecimento do vínculo afetivo necessário à maternagem:

M4: *Tive medo, os médicos tavam muito preocupados, você sente quando o pessoal tá preocupado. Eles não falam pra gente, mas a gente sabe, é com a gente... fiquei com medo de perdê-la, antes de nascer e depois de nascer... que foi pro berçário, que do lado dela morreu duas com o mesmo problema (...) Ah, é uma emoção muito forte que se sente, tive medo também de perder ela.*

A fantasia de morte aparece através do significante quieto, sem movimentos. As mães quando observam seus filhos nas estufas, pensam que estes se encontram imóveis. Segundo Dias (2003), “(...) a vida, para o bebê, é movimento, (...) desde o início, é preciso ter o cuidado de ‘evitar qualquer entrave à expressão de seu movimento’” (p. 183). Parece-nos que esta imagem da imobilidade se vincula à idéia de uma criança sem ritmo e sem movimento, sem disponibilidade para a díade.

M1: *Eu não sabia o que era entubada. Eu nunca tinha visto um menino entubado né? Pra mim entubado era... Acho que um menino quietinho lá, sem poder mexer, sem poder fazer nada. Mas não com um monte de cano enfiado na boca, aquelas coisas todas.*

Este bebê imóvel, cheio de tubos e fios, parece um bebê frágil. Mas, para Winnicott, como vimos acima, mãe e bebê devem formar uma díade; a mãe deve se identificar com seu bebê. Mas, como uma mãe pode se enlaçar com um filho tão frágil? Presenciamos essa dificuldade na fala de uma entrevistada:

M2: *Ganhei ela, aí vinha aquela coisa assim, nossa, meu bebê é feio, é magrinho, sabe, aquela coisa que toda mãe quer um bebê gordinho, cheio de dobrinha e eu não tinha isso né, ela era muito delicadinha pra você pegar, eu não podia dar banho nela que era muito miudinha que era as meninas lá que coisava, e pra uma mãe, ganhar um filho na situação assim e ainda ver ela toda entubadinha, cheia de sensor, sabe, toda cheia de sondinha.*

Na proposta winnicottiana, o trauma do nascimento rompe “ (...) o ‘continuar a ser’ do bebê” (WINNICOTT, 1949a, p. 271). O ritmo do continuar a ser que se apresentava na unidade mãe-bebê deve ser reinstaurado. Para Winnicott (1949b), “(...) o ambiente perfeito é aquele que se adapta ativamente às necessidades do recém-criado psicossoma” (p. 334). Nesse processo a mãe deve buscar adaptar-se às demandas do bebê, “adoecendo”, se conectando com o bebê. “Muitas mulheres são com certeza boas mães, mas não têm a capacidade de contrair essa doença normal” (WINNICOTT, 1956, p. 401) A mãe suficientemente boa dará conta também das falhas através da atividade mental.

Por outro lado, um ambiente ruim é ruim porque, ao deixar de adaptar-se, transforma-se numa intrusão à qual o psicossoma (ou seja, o bebê) terá de reagir (WINNICOTT, 1949b, p. 334). Nesse sentido, o programa mãe-canguru é decisivo, pois este encontro pele a pele pode promover a recuperação da continuidade de ser do bebê e a identificação da mãe com o filho e preparação para a atenção materna primária. Na verdade, a mãe do prematuro precisa adaptar-se ainda mais às necessidades de seu bebê. Dias (2003) revela:

Afora os casos de lesão física, que têm suas próprias conseqüências psicológicas, pode-se observar as diferenças que existem entre as necessidades de um bebê nascido a termo daquelas do indivíduo cujo parto foi traumático por ter sido demorado ou prematuro. É exatamente aí que a ‘adaptação à necessidade’ por parte da mãe suficientemente boa, ganha relevo: cabe a ela entender e adaptar-se às diferenças do bebê singular. (p. 162)

Mas, com vimos acima, não podemos desconsiderar as dificuldades dessas mães em adaptar-se a estes frágeis filhos. Além do medo de perder o filho observamos também uma sensação e incapacidade de ser mãe, um desconhecimento do próprio filho:

M8: A criança... medo de não saber lidar, medo de não saber acertar com ele, ele todo molinho.

Esse desconhecimento gera insegurança, mesmo em mães que já tiveram outros filhos, atravessando a experiência de cuidar:

M8: Uma experiência muito diferente, e a insegurança... sempre tinha, ele golfava, ele engasgava... eu via nele tudo anormal, atípico... ele engasgava, pra mim ia sufocar, ele golfava, pra mim ia sufocar. Tudo era demais. Ele tinha taquicardia, ele tava dormindo, dava aquele tremido assim, aquele suspiro fundo.

Mas, por outro lado, a percepção da fragilidade do bebê pode funcionar por si mesma como uma possibilidade de construção da preocupação materna primária, da capacidade da mãe de se adaptar à dependência absoluta da criança. Uma das mães, ao perceber o sofrimento da criança, que era muito nervosa e chorava muito, vê-se em condição de explicar tal fato, pois é capaz de se colocar no lugar do bebê, fator que caracteriza a preocupação materna primária:

M4: Deve ser por causa dos aparelhos, que incomodavam... ela chorava muito.

É necessário salientar que o desencadeamento da preocupação materna primária depende da identificação da mãe com sua criança. Essa identificação não se restringe à experiência de se colocar no lugar do bebê e perceber suas necessidades a partir dele mesmo, mas inclui também a possibilidade de perceber no filho traços que o identificam àquela família.

M8: Agora, na mesma noite que eu tinha tido ele... fui no berçário... toquei nele... aí pude sentir mesmo o corpo dele, que ele tava quentinho, tudo, aí que eu fui vê como era o rostinho dele... tava de noite, eu imaginei, parece com a L (filha)... pq não parece com nenhum dos dois... (...) Então ele parece mais comigo. Ele é branquinho, do cabelinho cacheado,

parece mais comigo.

Não podemos deixar de mencionar uma experiência muito comum entre as mães de prematuros, a saber: assistimos, por vezes, a transformação da preocupação materna primária em super-proteção. A confusão da mãe acerca de seu bebê prematuro aparece logo no início da relação, é como se a prematuridade produzisse um efeito de fusão da mãe com seu bebê e não a construção da díade. No depoimento abaixo observamos uma dissociação da entre mãe e bebê. A mãe diz que foi preciso fazer uma cesariana na filha:

M2: Eu dei eclampse né, e convulsão. Eu dei três paradas cardíacas, aí tiveram que fazer uma cesaria nela, eu estava abortando né ela, já.

Buscamos entender a superproteção a partir da afirmação winnicottiana de que o bebê amadurece por impulsos próprios; não é a mãe que produz o amadurecimento, ela atua apenas como facilitadora do processo. No entanto, no caso do bebê prematuro, que precisa de intervenções mais incisivas do ambiente, a mãe pode sentir que o bebê só sobreviveu e sobrevive por causa das intervenções externas. Nesse contexto, é mais que evidente que a mãe conclua que a sua vida depende sobremaneira do outro e, assim, fica estabelecido o caminho imaginário para a superproteção. Vale lembrar que a mãe super-protetora não se enquadra na definição de “mãe suficientemente boa”, porque o advérbio da expressão contém em si os limites do cuidado. Dias (2003) revela que a bondade suficiente aponta para a “(...) capacidade de acreditar que o bebê é um processo de amadurecimento em curso e que, portanto, não é ela – seus cuidados ou controle da situação – que dará vida ao bebê” (p. 133). Parece importante enfatizar que as mães vêm a super-proteção a partir de uma projeção no filho, assim é a criança que super-depende da mãe:

M7: Ela é muito apegada comigo, eu não se é isso é uma influencia né?! Não sei o que é. O que os estudos dizem sobre isso. Ela é muito apegada comigo é demais mesmo. Ela é muito carinhosa sabe?! Ela é carinhosa demais, comigo com todo mundo ela é, só que comigo ela é mais.

M1: Nossa senhora. Ela é grudada vinte quatro horas, não desgruda um minuto; é o tempo todo grudada. Não desgruda, pra tomar banho é um Deus nos acuda, nem pra tomar banho. É assim, eu acho que a influência é na conversa, é em tudo, tudo, tudo.

Insistir na dependência absoluta, que é inicial, pode boicotar a tendência que o bebê possui à maturação, essencial ao seu desenvolvimento. No caso de uma mãe, observamos que até o fato da mãe viver sua própria vida, emagrece o filho:

M2: *Fico... ela completou um ano no sábado, na segunda feira comecei a trabalhar, eu não fiquei 20 dias no serviço. Aí ela emagreceu, não comia mais... passava mal o dia inteiro... aí eu e meu marido chegamos a conclusão que não tava valendo a pena ficar longe dela pra poder... pelo que eu tava ganhando, aí eu voltei. Foi eu voltar, engordou de novo. Ela ficou muito pirracenta, muito agressiva, todo mundo que ia falar com ela gritava, pegava pedra pra tacar nas pessoas, e depois que eu voltei pra casa ela parou com isso*

A mãe saudável consegue abdicar da adaptação absoluta, para que o bebê se torne cada vez menos dependente; poderíamos supor que, no caso da mãe cujo parto foi prematuro, ela estaria “menos saudável” devido ao trauma imposto? Para além desses questionamentos, vale lembrar que a mãe de um bebê prematuro necessita de cuidados diferenciados, se comparado à mãe de um bebê a termo. As vicissitudes do nascimento de um bebê prematuro são, muitas vezes, experiências inevitáveis. Todavia, não podemos deixar de ressaltar a importância do programa Mãe Canguru como enfrentamento dessas dificuldades.

Este programa, criado pelo Ministério da Saúde, constitui, na contemporaneidade, uma importante estratégia que busca promover um melhor desenvolvimento do bebê nascido prematuramente (Ministério da Saúde, 2002). O Método Canguru é realizado em três etapas, e todas as condições necessárias para que a criança e a mãe possam realizar o método são garantidas.¹ Na primeira etapa, o bebê é internado na unidade intensiva, a mãe e a família recebem informações sobre as condições de saúde do bebê, os procedimentos hospitalares, a amamentação e os cuidados que devem realizar, a fim de que tenha uma compreensão maior da prematuridade. Nessa fase, a estimulação dos pais no contato com seu filho é importante; sempre que possível eles podem realizar o contato tátil, sendo este já um trabalho para a criação do vínculo entre os familiares e o prematuro. Na segunda etapa, já com o ganho de peso e a estabilização do bebê, o acompanhamento da mãe pode ser contínuo e o Método Canguru já é possível, sendo realizado pelo tempo que for prazeroso a ambos. A decisão pela participação no método deve ser um consenso da mãe, família e equipe do hospital. A mãe aprende a identificar as possíveis alterações que podem ocorrer com a criança, como pausas respiratórias, mudança de coloração da pele, dentre outras. A terceira etapa se finaliza com a alta hospitalar, e, nesse processo, a mãe deve estar preparada, assim como os familiares, pois é indispensável o comprometimento na continuidade do método. O bebê deve pesar no mínimo 1.500g e ter capacidade

1. Ministério da Saúde, 2002.

de sucção exclusiva ao peito. O acompanhamento aqui é ambulatorial e sua função caracteriza-se pela realização de exames físicos para a verificação do desenvolvimento desta criança, além de orientação e acompanhamento em possíveis consultas e tratamentos especializados.

Esse programa de assistência neonatal propõe como técnica a ação de manter o bebê ligeiramente vestido, na posição vertical, junto ao peito de um adulto. O Ministério da Saúde (2002), ao sugerir essa técnica, fundamenta-se na teoria winnicottiana que defende o pressuposto de que ego do bebê é um ego corpóreo entendendo, assim, que o contato pele a pele entre mãe e bebê, proporcionado pelo programa, é essencial para o amadurecimento da criança. Esse órgão aponta para a função psicológica da pele através da idéia de *holding*: “O holding significa: que a mãe, o pai ou seu substituo segura seu bebê, mas também o retém, o contém, o sustém, etc. Trata-se de uma relação direta entre estes e seu bebê”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 56).

Todas as mães entrevistadas revelam que o programa Mãe Canguru foi decisivo na construção da sua relação com o bebê e possibilitou o amadurecimento deste.

M4: *(o método) me ajudou bastante, eu senti que ela desenvolveu, é... é gostoso sentir o calor, tá perto.*

M1: *Nossa, mas assim, aquele projeto ali é tudo de bom mesmo. Tudo de bom. É uma coisa que te ensina a lidar com a criança. Eles ensinam tudo, ensina tudo.*

Algumas mães levam a experiência do Programa Mãe Canguru para seus lares buscando, dessa maneira, uma maior proximidade com o seu bebê e investindo no seu crescimento através do contato pele a pele:

M2: *Era... eu fazia durante o dia, quando a gente veio embora, eu fazia durante o dia. Ficava o dia inteiro com f2, amarrava uma faixa, ficava o dia inteiro, o dia inteiro, né? Ficava a tarde todinha também...dava banho nela, tomava banho... deitava com ela, e ela dormia aqui, e a noite era ele...era muito gostoso... era muito carinhosa, sabe?*

Apesar de nossa pesquisa não ter como objetivo realizar uma comparação com o tratamento neonatal tradicional, em que a criança permanece na estufa, é preciso pontuar que uma das mães entrevistadas compara a sua experiência no canguru com a vivência da irmã no processo tradicional na incubadora:

M7: *Depois que minha neném nasceu, a minha irmã teve um neném de 6 meses. Ela também nasceu prematuro. Quando ela nasceu eu briguei tanto com minha irmã, pra ela nascer no Imbiruçu. Só que ela tem convênio num hospital lá e BH. E lá além da criança ficar longe da mãe, não*

tem nada disso. Minha sobrinha ficou uns 15 dias lá. Eu via assim, a diferença sabe?! Ela nasceu bem mais gordinha que minha menina, ela nasceu com 2100, mas ela ficou 15 dias. Ela é mais nove né?! Só que eu podia notar a diferença, minha sobrinha perdeu peso, perdeu bastante peso, ela teve probleminha, complicação no parto. Ela ficou na incubadora. Eu acho que é por isso que influencia, porque eu tive a experiência de vê a minha sobrinha que nasceu e que não tinha esse método, eu vi que é bem influente. Minhas sobrinha ficou 15 dias internada. E ela nasceu maior que minha menina. Então eu acho que ali assim, o método canguru eu acho que todas as mães deviam usar. Porque isso é muito importante pra criança sabe?!

E nesse processo de construção dessa díade mãe/bebê, através do Programa Mãe Canguru, a equipe tem um papel fundamental, pois essa também faz parte do ambiente facilitador do amadurecimento do bebê. As mães de nossa pesquisa revelam a importância do grupo na produção de uma segurança básica em que as mães pudessem se dedicar aos seus filhos.

M8: (mãe) Aí todo... aquela coisinha pequena, todos sem jeito de pegar, e ela tava...

(enfermeira) põe o peito na boca dele.

M8: Aí eu imaginei 'como?' Boquinha desse tamanho, respiração cansada.

(enfermeira) ele não pode mamar, mas ela falou assim, ele não pode mamar, ele não vai sugar, mas ele vai sentir seu cheiro.

M8: Nessa situação, cada coisa que acontece, vc guarda pro resto da vida. Quando eu tava chegando na porta do CTI meus dois peitos vazou de leite, molhou meu vestido todo. Aí eu cheguei lá e ela tava dando pra ele leite, tava na hora da dieta dele. E é verdade, quando o peito vaza, é porque o neném tá com fome. Então é a natureza.

Nesse caso, a enfermeira consegue viabilizar a amamentação através da afirmação confiante na capacidade da mãe exercer a preocupação materna primária. A equipe do hospital utiliza estratégias inusitadas para viabilizar o laço das mães com os bebês, como por exemplo, a revelação de seu amor pela criança para possibilitar o amor da mãe:

M2: Ótima... eu não tenho nada a reclamar daquela maternidade, nada, nada, nada... eu fui muito bem tratada desde a primeira vez que eu entrei lá, passando mal até a hora que eu sai... no dia que eles deram alta pra ela, a Dra Júnia não queria deixar ela ir embora... não, ela é minha tchuchuquinha, tchuchuquinha, e pegava ela e saía andando, a dra

Júnia... e a enfermeira Janice... pegava ela, saía, dava voltinha, ela era xodozinho la... e como diz o ditado, quem meu filho beija, minha boca adora! Quem gosta do filho da gente, a gente ama de coração, então eu gostei muito do pessoal, todos eles me trataram muito bem...desde quando eu ganhei... desde o pessoal da faxina até o médico... enfim...

As condições da maternagem no interior da prematuridade é algo muito complexo, pois é atravessado pela vivência de trauma, pela culpa, pelo medo de perder o bebê, pela visão da fragilidade da criança, mas, apesar dessas feridas, o programa Mãe-Canguru possibilita a conexão entre mãe e bebê. No momento em que a mãe pode sentir a vida do bebê junto ao seu seio, ela pode investir nessa criança. Pode apostar no seu crescimento. Acreditar que apesar de todas as intempéris o bebê possui potencial próprio para o amadurecimento. Não é fácil para a mãe aderir ao programa Canguru, pois o fantasma da morte ronda os pensamentos, mas a mãe que consegue abraçar essa jornada oferece para o filho prematuro um ambiente suficientemente bom que favorece o seu crescimento. O programa Mãe-Canguru não é uma panacéia para todos os males do nascimento prematuro, mas é uma proposta que tenta transcender as dores e oferecer para mãe e bebê uma possibilidade de conexão.

30

Referências

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

_____. FREUD, S. (1920). Além do princípio de prazer. In: *Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XVIII.

FREUD, S. (1925 [1924]). Nota sobre o Bloco Mágico. In: *Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. XIX.

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

WINNICOTT, D. W. (1949a). Memória do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

_____. (1949b). A mente e sua relação com o psicossoma. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 1998. p332-346.

_____. (1956). A preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 1998. p. 399-405.

ZORNIG, Silvia, Abu-Jamra. Prematuridade e trauma: questões sobre constituição do sujeito. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, n. 33, p. 129-152, 2001.

Resumos

Este texto enfoca los resultados parciales de la pesquisa cualitativa financiada por la FAPEMIG y la PUC/Minas, la qual tiene como objetivo investigar los efectos del Método Canguro en la relación entre madre y bebé prematuro. En ese contexto, discute como se da la instauración del vínculo de una madre con su bebé prematuro, evidenciando la transición de la experiencia corporal para la construcción de la 'parentalidad', a partir de las ideas de Winnicott. Buscaremos describir los sentimientos, fantasías e ideas que las madres presentan respecto a sus bebés prematuros. Sentimientos que son suscitados por el nacimiento prematuro y mediados por el Método Madre Canguro.

Palabras clave: Maternidad, Método Madre Canguro, prematuridad

Ce texte entame les resultats partiels de la recherche qualitative financée par la FAPEMIG et par la PUC/Minas qui a pour objectif de faire une investigation sur les effets de la Méthode Kangourou sur la relation entre mère et bébé prématuré. Dans ce contexte, il discute comment s'établie le lien entre une mère et son bébé prématuré, mettant en évidence la transition de l'expérience corporelle à la construction de la parenté, à partir des idées de Winnicott. Nous tentons de décrire les sentiments, fantasmes et idées que les mères démontrents enver leurs bébés prématurés. Sentiments qui sont soulevés par la naissance prématuré et ménagé par la méthode Mère Kangourou.

Mots clé: maternité, Méthode Mère Kangourou, prématurité

This text approaches the partial results of the qualitative research financed by FAPEMIG and PUC/Minas and aims to investigate the effects of the Kangaroo Mother Method in the relationship between the mother and the premature baby. In this context, it discusses how the instauration of the connection mother-premature is processed, evidencing the transition from the corporal experience to the construction of the parenthood, based on Winnicott ideas. We will try to describe feelings, fantasies and ideas that the mothers have about their premature babies. These feelings are raised in the relationship mediated by the prematurity and the Kangaroo Mother Method.

Key words: Motherhood, Kangaroo Mother Method, prematurity

Citação/Citation: Moreira, J. de O; Romagnoli, Roberta Carvalho; Dias, D. A. S., Moreira, C. B. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n.2, p.?, maio de 2009.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro e Profa. Dra. Juna de Vilhena

Recebido/Received: 01.4.2009/4.01.2009 **Aceito/Accepted:** 15.6.2009/6.15.2009

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/ this is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento: Esta pesquisa foi financiada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, por meio do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIP) e da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG/ This research has been funded by the Catholic University of Minas Gerais, through the Incentive Fund Research (FIP) and by Foundation for Research Support of the State of Minas Gerais – FAPEMIG.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses/The authors declares that they have no conflict of interest.

JACQUELINE DE OLIVEIRA MOREIRA

Doutora em Psicologia Clínica PUC-SP, Mestre em Filosofia – UFMG, Professora do Mestrado da PUC-MG, Psicóloga Clínica.
Rua Congonhas, 161 – São Pedro
30330-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
e-mail: jackdrawin@yahoo.com.br

ROBERTA CARVALHO ROMAGNOLI

Doutora em Psicologia Clínica PUC-SP, Mestre em Psicologia Social – UFMG, Professora do Mestrado da PUC-MG, Psicóloga Clínica.
Rua Terra Nova, 101, Ap 401 – Sion
30315-410 Belo Horizonte, MG, Brasil
e-mail: robertaroma@uaivip.com.br

DIEGO ALONSO SOARES DIAS

Graduando em Psicologia pela PUC-Minas/Betim.
Rua Santos Dumont, 827, apto 202
32630-440 Betim, MG, Brasil
e-mail: dasdias@gmail.com

CARLA BORGES MOREIRA

Graduanda em Psicologia pela PUC – Minas/Betim
Rua São Vicente, 164 – Bairro Boa Vista
35675-000 Juatuba, MG, Brasil
e-mail: carlaborgesmoreira@yahoo.com.br