

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL UFSC / UFMT**

**MULHERES EM CONFLITOS COM A FUNÇÃO
MATERNA NA INTERNAÇÃO CONJUNTA DE UMA
UNIDADE PEDIÁTRICA: Vivenciando o altruísmo.**

MARIA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA

CUIABÁ

1999

MARIA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA

**MULHERES EM CONFLITOS COM A FUNÇÃO
MATERNA NA INTERNAÇÃO CONJUNTA DE UMA
UNIDADE PEDIÁTRICA: Vivenciando o altruísmo.**

Dissertação apresentada ao curso de Pós
graduação em Assistência de Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina, como
requisito à obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Dr^a Magda Rojas Yoshioca

CUIABÁ

1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL UFSC/UFMT

DISSERTAÇÃO

MULHERES EM CONFLITOS COM A FUNÇÃO MATERNA NA
INTERNAÇÃO CONJUNTA DE UMA UNIDADE PEDIÁTRICA:

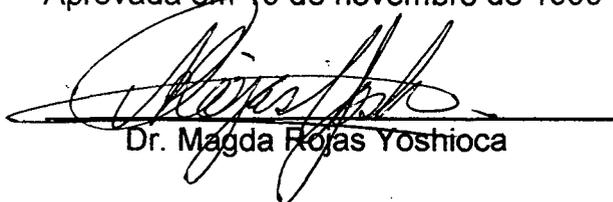
Vivenciando o altruísmo

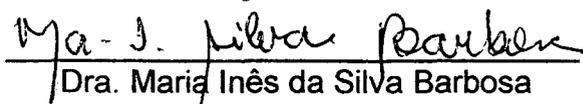
Dissertação apresentada como requisito
à obtenção do grau de mestre. Curso
de Pós-Graduação em assistência de
enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina.

Por

MARIA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA

Aprovada em 19 de novembro de 1999


Dr. Magda Rojas Yoshioka


Dra. Maria Inês da Silva Barbosa


Dra. Zuleica Maria Patrício

A mãe ideal não tem interesses próprios... Para todos nós continua evidente que os interesses da mãe e da criança são idênticos; e até que ponto a mãe sente essa identidade de interesses é a medida geralmente reconhecida para avaliar se a mãe é boa ou má (Alice Balint).

***Às participantes deste estudo
Dinorá, Gardênia, Ornela, Renata, Rosa, Selma e Teresa,
todo o meu respeito.***

AGRADECIMENTOS

À *Deus*, presente em todos os momentos de minha vida...

Aos meus pais, *Trajano* e *Maria*, pela maneira com que me educaram...

À minha irmã *Laurinda*, por ter me assumido como filha nos primeiros anos de minha vida...

Ao *Euclides*, pelo companheirismo, carinho e incentivo...

À minha filha *Íris Luísa*, por me amar incondicionalmente...

À *Dina*, por ter cuidado com tanto carinho de minha filha neste período...

À todas as mulheres participantes deste estudo, por terem permitido minha aproximação...

À *Magda Yoshioca*, por ter entendido minhas necessidades...

À *Sunça* e *Edir*, pelo carinho e disponibilidade com que me atenderam e pela colaboração inestimável...

Às colegas do mestrado, *Aldenan*, *Alice*, *Ana Lúcia*, *Janete*, *Joceli*, *Majoreth*, *Marlene*, *Nelice*, *Rosa*, *Rosimeire* e *Solange*, pelo companheirismo durante o decorrer dessa caminhada...

À *Celina*, por ter conseguido concretizar o Curso de Mestrado Interinstitucional em nossa sede...

À *Suely*, diretora da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso, pelo apoio e incentivo...

À *Neuma*, chefe do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso e demais colegas de Departamento pela compreensão, apoio e estímulo...

À todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram presentes nessa caminhada.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa tendo como objeto de estudo os conflitos vividos por mulheres em torno da função materna em processos de internação hospitalar conjunta, em unidade pediátrica. A coleta de dados ocorreu em uma unidade de internação pediátrica de um hospital público do município de Cuiabá – MT, nos meses de junho a agosto de 1998. A metodologia do estudo incluiu a observação participante e a entrevista focalizada. A análise dos dados foi apoiada no conceito de gênero de Scott e no diálogo com outros autores que discutem a maternidade como um processo sócio cultural. A análise dos dados revelou o comportamento de altruísmo materno que expressa e reforça o estereótipo da “boa mãe”. Esse comportamento altruísta apareceu reforçado pela família, estando atribuído à própria maneira como se estruturam e pela possibilidade ou não de participarem do processo de internação, bem como pela maneira através da qual se organiza a assistência local, a qual é centrada na criança, valorizando dessa forma a idéia socialmente construída que atribui à mulher mãe toda a responsabilidade do cuidado ao filho doente. A instituição também reforça esse comportamento, utilizando estratégias de poder, no sentido de fortalecer a função materna em detrimento do sujeito mulher, evidenciando dessa forma, pouca permeabilidade às demandas e necessidades das mulheres mães. Essa estratégia também aparece entre os grupos de mulheres mães, as quais a utilizam no sentido de se controlarem mutuamente na intenção de manter um padrão aceitável de maternagem. Portanto, os dados revelam atitudes que devem ser valorizadas pela instituição, particularmente pela enfermagem, pois essas são representativas e indicativas de novas possibilidades para a atuação em sistemas de internação conjunta em que se valorize tanto as crianças quanto os familiares em sua integralidade.

ABSTRACT

It is about a qualitative research that has as study subject the conflicts women live around maternal function in conjunct hospitalization process, in pediatric unity. The data collect occurred in a pediatric hospitalization unity of public hospital, in Cuiabá – MT, between June and August of 1998. The study methodology included participant observation and focused interview. The data analysis was supported on Scott species concept and on dialogue with other authors that discuss the maternity as a social – cultural process. The data analysis revealed the behavior maternal altruist that express and reinforce the “good mother” stereotype. This altruist behavior became reinforced by family and is attributed to the own manner itself is structured and by possibility to participate or not in process of hospitalization, as well by the manner it organizes the local assistance that is centralized on the child, prizing this way the idea socially built that attributes to the mother woman the responsibility of taking care of her disease son. The institution also reinforce this behavior, making use of power strategies, in the sense of fortifying maternal function but with a damage in the woman as person, making evident the little permeability to the mother women’s discussions and needs. This strategy also appear among mother women’s groups that utilize it in the sense of taking control of themselves in a intention of keep a acceptable level of maternity. Thus, the data reveal attitudes that must be valorized by institution, particularly by nursing, because these are representatives and indicatives of new possibilities to performance on conjunct hospitalization system so that children and family are valued in their integrality.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO..... | 01 |
| 2 A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA..... | 04 |
| 2.1 As participantes deste estudo..... | 04 |
| 2.2 O cenário observado..... | 05 |
| 2.3 A metodologia utilizada..... | 07 |
| 2.4 A coleta dos dados..... | 11 |
| 2.5 A organização dos dados..... | 13 |
| 3 O MARCO TEÓRICO UTILIZADO..... | 14 |
| 3.1 O conceito de Gênero de Scott..... | 14 |
| 3.2 A construção social da maternidade..... | 23 |
| 3.3 A introdução da participação da mãe nos cuidados ao filho internado..... | 42 |
| 4 A ANÁLISE DOS DADOS..... | 46 |
| 4.1 Processos emocionais e comportamentais de altruísmo materno..... | 46 |
| 4.2 A família (re) forçando o altruísmo | 68 |
| 4.3 Práticas de controle institucional sobre o exercício do altruísmo | 75 |
| 4.4 A emergência de uma rede de controle sobre o comportamento materno | 92 |
| 4.5 Amenizando o altruísmo | 99 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 107 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| ANEXOS | |

1 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este trabalho nasceu de um incômodo profissional, que começou a ser gestado há muitos anos em minha prática de enfermeira em unidade de internação pediátrica.

Antes de exercer a função docente na Universidade Federal de Mato Grosso, fiz parte do corpo assistencial de enfermagem da Clínica Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, durante os anos de 1987 – 1989, quando trabalhei no sistema de internação conjunta. Nessa época, sentia muita dificuldade em me relacionar com as mães das crianças internadas, devido ao meu despreparo em lidar com situações que as envolviam, tais como: choros repentinos; manifestações emocionais traduzidas pelo corpo médico como “crises ptiáticas” (nome vulgarmente atribuído a distúrbios neuro vegetativos, no combate aos quais se prescreviam tranqüilizantes de ação rápida); surgimento de namoros (entre pais e mães das diferentes crianças); silenciamento verbal de algumas mães durante os longos períodos de internação; crianças sendo agredidas verbal e fisicamente por suas mães; crianças deixadas sozinhas nos hospitais por seus familiares; apego excessivo de algumas mães aos profissionais; estrutura física que não comportava dignamente à todas (os) as (os) acompanhantes; brigas entre equipe de enfermagem e mães, mães e mães, médicos e mães, por vários motivos.

Todos esses problemas, somados a minha inabilidade e imaturidade em administrá-los, fizeram com que eu pedisse remoção para a unidade de terapia intensiva, onde permaneci cerca de dois anos. Transferida para essa unidade, senti-me mais segura e tranqüila em relação ao que estava desenvolvendo, pois nessa unidade não tinha contato com grande parte dos problemas que existiam nas enfermarias.

Mas, ao iniciar minhas atividades como professora na Universidade Federal de Mato Grosso, em 1991, lotada no Departamento de Enfermagem Materno Infantil, ao supervisionar os alunos nos estágios em hospitais que adotam a internação conjunta em pediatria, voltei a vivenciar alguns desses problemas como se fossem reprises de cenas já vividas; talvez de forma não tão explícita, mas presentes. Buscando refletir sobre essa questão, na tentativa de lidar de modo apropriado com ela, suspeitei que algo complexo a ser desvendado poderia estar determinando a sua manifestação. Comecei então a me interrogar **o porquê de algumas dessas cenas e fatos acontecerem**, mesmo em locais considerados como mais apropriados à internação conjunta mãe – filho.

Quando comecei a freqüentar o mestrado, vislumbrei a possibilidade de compreender melhor esses fatos, concordando com Minayo (1992, p. 90) quando ela diz que: "...nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido em primeira instância, um problema da vida prática". Desse modo, recortei como objeto deste estudo os conflitos vividos por mulheres em torno da função materna em processos de internação hospitalar conjunta, em unidade pediátrica.

Na sua condução, a partir daquela indagação, de minha experiência, conhecimentos e valores iniciais, enriquecidos com algumas leituras, construí alguns pressupostos iniciais:

- A mãe da criança doente internada vivencia um processo de crise, em que se evidenciam conflitos em torno de sua função materna. Acredito que esses conflitos associam-se tanto às condições de gravidade de saúde do filho, quanto às exigências socialmente construídas e incorporadas em torno da função materna.
- A mãe da criança doente internada é uma mulher que tem necessidades próprias que uma vez manifestas geram freqüentemente atritos junto à equipe profissional, particularmente nos momentos em que a mãe tenta tornar-se visível como mulher.

- Na maioria das internações, a mulher assume quase que totalmente o trabalho de recuperação da saúde de seu filho (em relação aos demais familiares), permanecendo um tempo prolongado na unidade de internação hospitalar, recebendo pouca ou nenhuma ajuda dos familiares/cônjuge, momento em que muitas de suas necessidades são reprimidas ou não atendidas.

Baseando-me nesses pressupostos, tracei alguns objetivos para este estudo, que foram:

- Identificar os sentimentos e comportamentos expressos pelas mães durante a internação de seus filhos, na unidade de internação pediátrica de um hospital público de Cuiabá.
- Analisar como a construção social da maternidade interfere na manifestação desses sentimentos e comportamentos.
- Analisar como a construção social da maternidade orienta a organização e a prática profissional na unidade de internação conjunta desse hospital.
- Refletir sobre as implicações desse processo vivido pela mãe para a humanização da assistência hospitalar.

Até o presente capítulo, procurei explicitar a minha relação com o tema em questão, o objeto de estudo, meus pressupostos e objetivos; nos capítulos seguintes, procuro:

- Descrever o tipo de pesquisa e o caminho metodológico utilizado para realizá-la (Capítulo 2).
- Discorrer sobre o marco teórico utilizado para organização e análise dos dados (Capítulo 3).
- Analisar os dados encontrados (Capítulo 4).
- Tecer algumas considerações finais e apontar sugestões para a humanização da assistência à mulher mãe em internação hospitalar conjunta em unidade de pediatria (Capítulo 5).

2 A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

2.1 As participantes deste estudo

Participaram desta investigação um total de 07 mulheres mães:

Dinorá, com idade de 42 anos, residente em um município próximo à Cuiabá; seu filho estava internado pela segunda vez, com quadro de pneumonia; **Gardênia**, com 26 anos de idade residente no norte do Estado, seu filho estava internado com Síndrome Nefrótica; **Ornela**, com 32 anos de idade, residente no município de Cuiabá, seu filho estava internado com quadro de Pneumonia; **Renata**, com 22 anos de idade, residente no município de Cuiabá, seu filho tinha diagnóstico de Leishmaniose visceral; **Rosa**, com idade de 28 anos, residente no município de Cuiabá, sua filha estava em investigação diagnóstica; **Selma**, com 36 anos de idade, residente em Cuiabá, seu filho estava internado para procedimento cirúrgico (recolhimento de Colostomia realizada há dois anos) e **Teresa**, com 20 anos de idade, residente no norte do Estado, sua filha estava internada com diagnóstico de Mucoviscidose;

Todas elas viviam em união conjugal, por ocasião do levantamento de dados, e constituíam famílias com uma média de quatro membros.

O tempo de permanência dessas participantes na unidade de internação selecionada, variou de 06 dias a 03 meses, embora uma delas tenha permanecido por cinco meses (dois após o encerramento da coleta de dados).

2.2 O cenário observado

A clínica pediátrica tem sua estrutura física composta de:

- um posto de enfermagem com local para preparo de medicações e prescrições separadamente;
- uma enfermaria destinada à atendimento de crianças com necessidades de cuidados especiais, que não poderiam ser prestados nas enfermarias;
- uma enfermaria para crianças maiores (acima de cinco anos), com capacidade para cinco leitos, com dois banheiros anexos e entrada única;
- uma unidade contendo três sanitários, com uma ante-sala com armários para serem utilizados pelas (os) acompanhantes das crianças nas enfermarias;
- uma sala para reuniões e estudos;
- duas unidades de isolamento contendo uma ante sala e banheiros comuns;
- uma sala que é utilizada como refeitório e como sala de televisão e atividades recreativas;
- uma saleta que serve de rouparia; um banheiro no corredor, de uso exclusivo dos trabalhadores da enfermagem;
- duas enfermarias para crianças menores de cinco anos, que contêm salas de cuidados anexas com entrada interna, utilizadas para realização de cuidados higiênicos às crianças internadas, para depósito de roupas sujas das enfermarias e como repouso das (os) acompanhantes durante o dia;
- uma sala de prescrições diárias;
- um repouso para os trabalhadores da enfermagem;
- um expurgo.

Em todas as enfermarias há um número de cadeiras de fios correspondente ao número de leitos, para serem utilizadas pelas (os) acompanhantes das crianças.

O número de trabalhadores diurnos da enfermagem é assim distribuído:

- 01 auxiliares/técnicos de enfermagem para atender a enfermaria das crianças sob cuidados especiais;
- 03 auxiliar/técnico para atender as enfermarias;
- 01 enfermeira (o) responsável pelo gerenciamento do trabalho e assistência de enfermagem;
- 02 secretários de apoio ao serviço burocrático, distribuídos entre os períodos matutino e vespertino.

A noite o número de trabalhadores da enfermagem varia de três ou quatro, dependendo das necessidades do serviço, cujo trabalho é apoiado por uma (um) enfermeira(o), que também responde por outras unidades de internação no hospital.

Ao falar sobre o cenário observado, acho necessário discorrer de uma maneira sintética, sobre a criação e a filosofia da assistência na clínica pediátrica da instituição selecionada, em seus primeiros anos de funcionamento. Devido à inexistência de documentos que historicem seu surgimento, o relato que se segue toma por base entrevistas com 02 profissionais de enfermagem que estiveram presentes na instituição como participantes no processo inicial da implantação do sistema de internação conjunta mãe - filho, do referido hospital, sendo que um desses profissionais ainda atua diretamente na unidade em questão.

Segundo esses profissionais, o hospital foi criado há quinze anos, com o objetivo de apoiar o desenvolvimento do ensino prático dos cursos da área da saúde, existentes na Universidade Federal de Mato Grosso. Os profissionais que nele atuavam inicialmente, sonhavam com uma nova maneira de assistir, que fosse diferenciada das demais encontradas em outros hospitais de Cuiabá. Pensando dessa forma, na unidade pediátrica em questão, o projeto inicial de internação conjunta estava voltado à

introdução das mães de crianças na participação dos cuidados relativos a seus filhos (estando implícito aí, a necessidade da presença de um familiar significativo, com o objetivo de amenizar danos psicológicos à criança internada), com vistas à que elas aprendessem novas práticas de saúde. Para tanto, formou-se uma equipe, composta por médicos, enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem, assistente social e psicólogo que se reunia com frequência para discutir os problemas da clínica e com grupos de mães, para as quais eram ministradas palestras informativas dando-lhes liberdade para discussões sobre os diferentes assuntos abordados, relacionados tanto às patologias de seus filhos, quanto a direitos sociais.

Com relação à participação da mãe na assistência à seu filho, o objetivo era o de aprender sobre os cuidados; se a mãe quisesse assumi-los, a equipe de enfermagem deveria estar próximo à ela para apoiá-la, ficando claro à todos os trabalhadores que os cuidados referentes à criança eram de responsabilidade da equipe. Mas no decorrer do processo, essa forma de assistir foi se tornando pontual, ou seja, na dependência dos profissionais que com ela se identificavam, até que passou, praticamente a inexistir.

2.3 A metodologia utilizada

Com relação à metodologia utilizada, descreverei os procedimentos adotados para aproximação do objeto de estudo, detalhando o seu modo de apreensão e as estratégias de coleta e análise de dados.

Optei pela abordagem qualitativa, em função de minha visão de mundo, de experiência de vida profissional e pessoal e pela natureza do objeto de investigação, uma vez que essa abordagem permite explorar conceitos cuja essência se perderia em abordagens quantitativas de pesquisa.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com a realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com significados, motivos, valores, atitudes

e aspirações, possibilitando o estudo da profundidade das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1995).

Algumas características da pesquisa qualitativa são descritas por Bogdan & Biklens (1994), que afirmam que:

- a fonte direta de dados é o ambiente natural e o investigador o instrumento principal;
- os dados devem ser colhidos através do contato direto com os sujeitos no seu próprio ambiente, a ser entendido no contexto histórico do qual estes fazem parte;
- os dados coletados devem ser descritos de maneira minuciosa, complementados por observações reflexivas, valorizando-se o processo mais do que o produto;
- exige-se nessa abordagem que se parta do princípio de que nada é banal, tudo pode se constituir numa pista que leve à maior compreensão do objeto de estudo;
- na abordagem qualitativa, o “significado” adquire importância vital e o investigador precisa ter cuidado com suas percepções, ao revelar o ponto de vista dos sujeitos; os sujeitos devem ser questionados para a captação do que eles experimentam ou do modo como interpretam suas experiências, ou seja, deve-se levar em consideração o ponto de vista dos sujeitos.

Selecionei como sujeitos deste estudo, mulheres mães de crianças internadas na unidade pediátrica de um hospital público de Cuiabá.

Esse local foi escolhido de maneira intencional, por aspirar mudanças futuras nas relações que aí se estabeleceram e em seu sistema de internação conjunta, para as quais este estudo poderá oferecer elementos.

Os critérios básicos de seleção dos sujeitos foram a permanência no sistema de internação conjunta da unidade pediátrica selecionada, no intervalo de tempo da coleta dos dados, e a aceitação de participação na

pesquisa. O número de participantes não foi pré - definido, valorizando-se a qualidade e suficiência dos dados para o quadro explicativo da pesquisa, conforme propõe André (1993), para os estudos de natureza qualitativa.

Defini como fonte de informação básica, o contexto relacional presente na unidade pediátrica, envolvendo a mãe, a criança e os trabalhadores, acrescido do discurso específico das mães acerca de determinados processos que as envolveram. De forma complementar, o discurso dos trabalhadores foi utilizado somente para confirmar algumas observações realizadas.

Utilizei a observação participante enquanto método de coleta de dados e a entrevista como técnica complementar à observação, sendo que esta foi utilizada em função do controle dos possíveis vieses que poderiam ser provocados através de minhas percepções, decorrentes da observação.

Primeiramente, falarei sobre a observação participante definindo-a, conforme Schwartz & Schwartz, citados por Zaluar (1975, p.89), como:

“... um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face-a-face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto em observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.”

Com relação à inserção do pesquisador em campo, este poderá assumir quatro papéis, sugeridos por Junker, citado por Zaluar (1975), variando entre dois extremos - do participante total ao observador total:

- participante total: interage com os sujeitos de maneira mais natural possível, podendo até trabalhar numa localidade para conhecer o funcionamento dos grupos. O tema básico para esse tipo de

observador é “fingir papéis”, participando de maneira inteira como “nativo” em relação ao grupo que estuda.

- participante como observador: faz observações em determinados intervalos de tempo, de maneira informal. Sua relação é construída lentamente com o grupo, usando mais tempo na participação que na observação. O pesquisador deixa claro tanto para si como para o grupo a sua relação como meramente de campo.
- observador como participante: exige relativamente mais observação formal do que observação informal ou qualquer outra espécie de participação.
- observador total: o pesquisador não se intera com os sujeitos da pesquisa e estes, por sua vez, não sabem que estão sendo observados, ou que de alguma maneira eles estejam servindo de fonte de informações.

A minha postura como observador variou de um extremo a outro, em concordância com as situações que se apresentavam, sendo que minha atenção esteve centrada nas mães que acompanhavam seus filhos e em todos que com elas se relacionavam.

Ao falar sobre a entrevista acho necessário explicitá-la e, para isso, utilizo a contribuição de Haguette (1992, p. 86), que a define como:

“... processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado.”

Para essa autora, as informações deverão serem obtidas através de um roteiro de entrevista, que deve constar de uma lista de tópicos estabelecidos previamente e em concordância com uma problemática central a ser seguida.

Para efeito deste estudo não utilizei um roteiro pré - estabelecido de entrevista, sendo esta realizada com o objetivo de clarear fatos, falas e comportamentos apresentados pelos sujeitos investigados ou a eles relacionados, caracterizando-se como uma modalidade de entrevista que

se aproxima da entrevista focalizada, citada por Minayo (1992), como aquela que pertence à categoria mais geral de pesquisa aberta ou não estruturada, visando à colocação das respostas do sujeito em seu próprio contexto.

Embora eu tomasse por referência as orientações mais gerais desta investigação (apresentadas como objeto, pressupostos e objetivos), para proceder tanto as observações quanto as entrevistas, essa modalidade de entrevista utilizada produziu um número muito grande de dados e um certo apego a eles, que dificultaram o processo de organização dos mesmos. Contudo, ela também se mostrou extremamente rica para os objetivos traçados.

2.4 A coleta dos dados

Anteriormente a minha entrada em campo, enviei o projeto de pesquisa à comissão de ética do hospital, juntamente com a solicitação para realizar o trabalho na instituição. Assim que recebi autorização comuniquei o seu encaminhamento à chefia de enfermagem e às equipes locais médicas e de enfermagem.

Ao entrar em contato com as mães, disse-lhes sobre meu interesse e em linhas gerais a que se referia esta pesquisa; me identifiquei como estudante, garanti-lhes anonimato sobre suas identidades e sobre o que dissessem; embora algumas pessoas da unidade imaginassem os sujeitos em observação, devido a minha proximidade com eles e aos contatos para as entrevistas, mantive a inacessibilidade aos dados.

Nos primeiros dias em campo, procurei estabelecer certa empatia com os sujeitos, entabulando diálogos e participando de alguns cuidados às crianças. Após ter adquirido certa confiança, procedi a abordagem dos mesmos; para isso, o único critério estabelecido foi o de que quisessem participar, sendo que duas delas se recusaram, no que foram respeitadas; as outras que aceitaram assinaram um documento formal, onde estava explicitado seu consentimento, os objetivos gerais da pesquisa, a garantia

da privacidade e a liberdade que tinham de recusar ou prosseguir como participantes. Visando à manutenção do anonimato, identifiquei-as com nomes fictícios.

O local foi observado nas mais variadas situações e horários; tentei atuar como enfermeira no local, buscando não chamar a atenção, procurando seguir a mesma apresentação visual dos trabalhadores de enfermagem: ora ia totalmente de branco, ora ia de azul e branco.

O ambiente foi observado de forma ampliada, incluindo movimentos nas imediações do hospital, quando de interesse para o estudo. Quando algumas situações conflituosas foram observadas, envolvendo outros sujeitos e os observados, mantive um comportamento neutro em relação a elas.

Todas as observações foram anotadas após o contato, em formulário próprio, por dia de observação, e assim que tinha um volume considerável de anotações, ou quando da alta das crianças, procedia as entrevistas e as transcrevia logo após. Senti dificuldades com uma das participantes, pelo fato de esta se expressar verbalmente de modo rápido; por essa razão, durante meu contato com ela, me recolhia temporariamente em local próprio para as anotações, retomando em seguida.

A minha saída de campo deu-se após atingir alguns dos objetivos propostos e os dados de observação e entrevistas tomarem-se repetitivos.

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho a agosto de 1998, quando foram feitas 27 notas de observação (N.O.) e 05 entrevistas, sendo 02 retomadas para melhor captação de alguns pontos. Realizei a entrevista somente com cinco participantes, pelo fato de ter perdido contato com duas delas, nos intervalos de um período de observação para outro, quando estas tiveram altas e não me comunicaram. Das cinco entrevistas, 02 foram realizadas no momento da internação (uma no dia da alta e outra com uma mãe que ainda permaneceu por mais três meses no hospital) e 03 após alta (uma no retorno de uma das mães ao hospital e duas em suas residências).

Todas as entrevistas foram gravadas, com a permissão expressa das participantes que não se recusaram a participar desse procedimento, e registradas junto às notas de observações.

2.5 A organização dos dados

Como dito anteriormente, as observações foram registradas em formulário próprio, por dia de observação, em que constavam três colunas com conteúdos específicos, assim identificadas:

- primeira coluna - contendo a descrição da observação do contexto e dos diálogos ou frases ditas pelas participantes e por todos aqueles com os quais elas se relacionavam;
- segunda coluna - contendo os comentários do observador, especificamente de meus sentimentos e impressões em relação às ocorrências;
- terceira coluna – constando a pré-análise realizada logo após a descrição dos dados no formulário, com anotações sintéticas acerca do sentido/significado atribuído inicialmente aos fatos e processos observados e colhidos através das entrevistas.

No processo de construção das categorias empíricas percebi a necessidade de retornar ao referencial teórico e novamente aos dados, numa leitura flutuante de seu conjunto, identificando aspectos relevantes para a análise à luz do referencial teórico e dos pressupostos eleitos. Cheguei assim, a cinco grandes categorias (organizadas a partir das subcategorias empíricas identificadas):

- Processos emocionais e comportamentais de altruísmo materno.
- A família (re)forçando o altruísmo.
- Práticas de controle institucional sobre o exercício do altruísmo.
- A emergência de uma rede de controle sobre o comportamento materno.
- Amenizando o altruísmo.

3 O MARCO TEÓRICO UTILIZADO

Para este estudo, na tentativa de ampliar a minha compreensão sobre o objeto examinado, apoiei-me na leitura de gênero de Scott (1989) e no diálogo com outros autores que discutem a maternidade como um processo sociocultural.

3.1 O conceito de Gênero de Scott

O termo gênero, especificamente, foi e ainda é utilizado para designar o sexo ou os traços sexuais biológicos, caracterizados naturalmente como masculino e feminino. Mais recentemente, essa mesma palavra ganha novo sentido, quando as feministas começam a utilizá-la como “uma maneira de referir-se à organização social da relação entre os sexos”, ou seja, ao “caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo”, rejeitando, dessa maneira, “o determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual” (Scott 1989, p.1).

Louro (1997) lembra que a emergência do termo gênero está diretamente ligada à história do movimento feminista contemporâneo, que surgiu no final dos anos sessenta como a segunda onda do feminismo, que se preocupará com construções teóricas em torno da condição social feminina. Surgindo aí, os estudos da mulher que tiveram como objetivo

torná-la visível, em consequência da segregação social e política à que estava submetida; invisibilidade essa, produzida através de vários discursos que caracterizavam o mundo doméstico como o verdadeiro universo da mulher.

Muito embora essa invisibilidade estivesse sendo rompida à algum tempo por algumas mulheres que passaram a ocupar atividades fora de suas residências, estas atividades ainda eram rigidamente controladas e dirigidas por homens e consideradas como de apoio e secundárias. As feministas começaram então a descrever as condições de vida e trabalho feminino, denunciando desse modo a opressão e o submetimento feminino, evidenciando as desigualdades sociais, políticas e jurídicas vividas pela mulher ocidental.

Essa estudiosa afirma que, apesar de esses estudos perturbarem pouco a noção de um universo feminino separado, pois estavam voltados para questões relativas à mulher, eles tiveram grande importância ao levantarem e focalizarem problemas que não eram vistos no mundo acadêmico.

As feministas, ao identificarem que, até então, os estudos sobre as mulheres apoiavam-se em uma perspectiva muito estreita e isolada, em que estas e seus vários processos eram vistos de forma independente de seu meio sociocultural, introduziram o termo gênero, intencionando que homens e mulheres fossem definidos em termos recíprocos, resgatando o aspecto relacional e hierárquico presente em suas vidas e a necessidade de considerá-lo e compreendê-lo (Scott, 1989).

Scott (1989) chama a atenção para o quanto são recentes as preocupações teóricas relativas ao gênero enquanto categoria analítica, aparecendo somente no final do século XX. Essa perspectiva esteve ausente na maior parte das teorias sociais formuladas desde o século XVIII até o começo do século XX. O termo gênero surge em um momento de efervescência epistemológica nas ciências sociais, que aponta para a mudança de um paradigma científico, que enfatiza a causalidade, para um paradigma literário, que enfatiza o sentido. Os estudos em torno da

categoria de análise gênero representam os esforços das feministas contemporâneas em explicar as desigualdades entre homens e mulheres, para além das inadequadas explicações utilizadas até então.

Ao proporem esse termo, as feministas acreditavam que essa nova visão, através das pesquisas e estudos sobre mulheres, transformaria fundamentalmente os paradigmas no seio de cada disciplina, acrescentando novos temas, impondo uma reavaliação crítica das premissas e critérios do trabalho científico existente (Scott, 1989).

Citando as palavras de três historiadoras feministas (Gordon, Buhle, Dye), Scott (1989) diz que, para inscrever as mulheres na história e redefinir e alargar as noções do que seria historicamente importante, é fundamental a inclusão das suas experiências pessoais e subjetivas e suas articulações com as atividades públicas e políticas. Seria imprescindível uma mudança metodológica que valorizasse a experiência das mulheres e sua análise a partir das categorias gênero, raça e classe social, o que demonstraria o compromisso com uma história que valoriza a fala das(os) oprimidas(as), analisando o sentido e a natureza dessa opressão.

Essas afirmações indicam a importância de se levar cientificamente em consideração, na condução de qualquer pesquisa, o fato de que as desigualdades de poder encontram-se organizadas em torno de três eixos: gênero, raça e classe social.

Não existe, de acordo com Scott (1989), uma paridade entre os três termos classe, raça/etnia e gênero. Enquanto classe social, no interior do marxismo, revela uma idéia de causalidade de natureza econômica, para as demais categorias, raça e gênero, não existe a mesma clareza e coerência.

Analisando as diversas abordagens teóricas que se utilizam do conceito de gênero, Scott (1989) dividi-a em duas grandes vertentes:

Na vertente descritiva situam-se os estudos que utilizam o termo gênero como conceito relativo a mulheres, ou seja, associa-se ao estudo

de coisas relativas às mulheres, voltando-se para temas como a criança, a família e a mulher, excluindo daí a questão política e de poder.

Essa vertente constitui um novo tema e um novo campo de pesquisas históricas, mas não alcança força de análise suficiente para interrogar e mudar os paradigmas históricos existentes.

Essa vertente era essencialmente descritiva, referindo-se somente à existência dos fenômenos, sem interpretá-los.

Na vertente explicativa, encontra-se agrupada uma variedade de abordagens de análise do conceito de gênero, empregada por historiadoras (es) feministas que buscam explicações para a subordinação da mulher, compreendendo três posições teóricas.

A primeira posição constitui uma tentativa inteiramente feminista, empenhada em explicar as origens do patriarcado. Para algumas estudiosas do patriarcado, a subordinação das mulheres era explicada como decorrente da reprodução. A reprodução era considerada uma armadilha para as mulheres, cuja libertação poderia ser alcançada através da compreensão adequada do processo de reprodução, da avaliação das contradições entre a natureza do trabalho reprodutivo e a mistificação ideológica que os homens fazem dele e, também, mediante transformações nas tecnologias da reprodução, que poderiam, num futuro não muito longínquo, eliminar a necessidade de envolvimento dos corpos femininos na reprodução da espécie.

Alguns problemas são apontados por essa pesquisadora acerca das discussões teóricas do patriarcado, tais como: essa vertente prende-se ao interior do sistema de gênero, sem relacionar as desigualdades nele encontrada com outras, centrando suas análises nas diferenças físicas, tanto ao discutir a reprodução como a objetivação sexual das mulheres pelos homens; a diferença física assume, nessa visão, um aspecto fixo, imutável e universal, dela não participando construções sociais ou culturais.

A segunda posição teórica representa a tradição marxista e busca um compromisso com as críticas feministas.

As feministas marxistas compreendem o gênero como um subproduto das estruturas sócio-econômicas. Essa perspectiva limitou ou retardou novas linhas de análise sobre gênero, pois no interior do marxismo, esse conceito é considerado como um sub-produto das estruturas sócio-econômicas e não possui "status" analítico independente e próprio.

A terceira posição divide-se entre o pós estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas (de relação do objeto), inspirando-se nas diferentes escolas de psicanálise para explicar a produção da identidade de gênero do sujeito.

As perspectivas relacionadas à Escola Anglo-Americana (que trabalha nos termos das teorias de relação de objeto) preocupam-se com os processos de formação de identidade do sujeito, centrando-se nas primeiras etapas do desenvolvimento infantil, procurando pistas sobre a constituição da identidade de gênero. As estudiosas dessa escola enfatizam a influência da experiência concreta da criança, para formação de sua identidade. Mas Scott (1989) diz que essa interpretação não deixa meios para ligar o indivíduo a outros sistemas sociais, econômicos, políticos e de poder, limitando o conceito de gênero à esfera da família e à experiência doméstica.

A interpretação baseada na Escola Francesa, organizada em torno das leituras estruturalistas e pós-estruturalistas de Freud e Lacan, também se preocupa com os processos de formação de identidade do sujeito, procurando pistas sobre a constituição da identidade de gênero nas primeiras etapas de desenvolvimento infantil. Por assumir o falo como único significante, essa vertente vê o processo de construção do sujeito de modo fixo e previsível. Esta teoria não oferece meios para a introdução das noções de especificidade e de variabilidade históricas, assim como uma maneira de conceber a realidade social em termos de gênero.

Louro (1997), estudiosa que utiliza a concepção de gênero de Scott, lembra que, em cada uma dessas filiações teóricas, muito freqüentemente, constrói-se uma causa central para opressão feminina e,

em conseqüência, se estruturam argumentos que supostamente destruiriam essa causa, abrindo caminho para a emancipação das mulheres. De outro modo, outros ainda recorrem às características biológicas para justificar as desigualdades sociais entre homens e mulheres. Esse argumento de que homens e mulheres são distintos biologicamente e que a relação entre eles decorre dessa distinção, na qual cada um deve desempenhar um papel específico e secularmente determinado, acaba por ter um caráter de argumento final que, no senso comum ou no revestido de uma linguagem “científica” (grifo dela), serve para justificar a desigualdade social.

Essa autora chama a atenção para a necessidade de se opor a esse argumento, afirmando a importância de demonstrar que é a forma como as características sexuais são apresentadas ou valorizadas, o que se pensa ou diz sobre essas características que vai constituir efetivamente o que é masculino ou feminino em uma dada sociedade e em dado momento histórico. Segue dizendo que, para compreendermos o lugar e as relações de homens e mulheres numa sociedade, temos que observar tudo o que socialmente construiu-se sobre os sexos.

A partir da crítica às abordagens construídas no interior do feminismo, Scott (1989) apresenta um conceito e uma interpretação mais ampla das questões de gênero, largamente utilizados nos estudos e pesquisas atuais.

Para ela, esse conceito constitui-se de duas partes e por várias sub-partes que, embora ligadas entre si, devem ser analiticamente distintas. O núcleo central de sua definição é formado pela conexão integral entre duas proposições que são: o gênero é “um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos” e também “uma forma primeira (primária) de dar significado às relações de poder” (Scott, 1989: p. 14).

As sub-partes que formam a definição de Scott decorrem da compreensão do gênero enquanto constituinte das relações sociais construídas a partir das diferenças percebidas entre os sexos.

A primeira sub-parte compõem a interpretação de gênero como parte das relações sociais, organizadas a partir das diferenças percebidas entre os sexos. Essa sub-parte está relacionada aos símbolos culturais que evocam representações freqüentemente contraditórias, como Eva e Maria simbolizando a mulher na tradição cristã ocidental. Além destes, outros mitos representativos podem ser evocados, como luz e escuridão, purificação e poluição, inocência e corrupção. Operando, aqui, a fixação binária sobre a qual Scott chama a atenção, especialmente para a necessidade de desconstruí-la.

Responder a essa necessidade, para Louro (1996/1997), implica na problematização de cada pólo, demonstrando que cada um, na verdade supõe e contém o outro, evidenciando que cada pólo não é uno mas plural, fraturado e dividido; para ela, não existe a mulher, mas várias e diferentes mulheres que não são idênticas entre si, que podem ser solidárias, cúmplices ou opositoras. Ou seja, as diferentes posições de sujeito ou identidades provocam, em alguns pontos ou momentos, antagonismos e solidariedades que desmancham a linearidade simplista da relação dominante x dominada, visibilizando que nos espaços e instâncias de opressão, há resistência e exercício de poder.

A segunda sub-parte da definição proposta por Scott (1989) trata dos conceitos normativos que expressam as interpretações dos símbolos citados anteriormente e se encontram expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas, que afirmam, de maneira categórica e inequívoca, o significado do ser homem e do ser mulher.

Esse conceito me chamou a atenção, pelo fato de que a “boa maternidade” foi construída historicamente e essa construção vem sendo reforçada nas várias práticas políticas, educativas, religiosas, científicas, no interior das várias instituições e processos sociais, como nos sistemas de internação conjunta, em que se reforça o mito da boa maternidade como um comportamento inquestionável; desconsiderando-se dessa maneira as particularidades de cada mulher.

Na terceira sub-parte da definição, Scott (1989) chama atenção para incluir-se não só o parentesco na constituição da identidade de gênero, mas também outras esferas, como a economia e a organização política, que funciona na sociedade de maneira independente do parentesco.

A quarta sub-parte da sua definição diz respeito à identidade subjetiva. Ela chama atenção para a necessidade de se identificar a maneira como as identidades de gênero são realmente construídas, relacionando, na pesquisa, os achados com toda uma série de atividades de organizações e representações sociais historicamente específicas.

Essa definição de gênero, com suas respectivas sub-partes, tem por objetivo tornar claro como se deve pensar o efeito do gênero nas relações sociais e institucionais, quaisquer que sejam elas.

A primeira proposição apresentada (“o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos”), oferece uma perspectiva metodológica e a segunda proposição (“o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder”), constitui a base da teorização de Scott em torno do conceito em questão.

Segundo ela, o gênero é um campo primeiro no seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado. Ela afirma que sua concepção de poder, articula-se com o de Foucault, que o coloca como inerente a todas as relações sociais, exercido de forma capilar por toda a sociedade.

Louro (1997) afirma que os estudos feministas estavam preocupados principalmente com as relações de poder e inicialmente eles procuraram demonstrar as formas de silenciamento, opressão e submetimento das mulheres. Essa situação exposta, aparentemente, parece ter sido indispensável para que se tornasse visível aquela que historicamente e linguisticamente havia sido negada, secundarizada, mas, se essa denúncia foi favorável, ela também permitiu que se cristalizasse a mulher vitimizada. Ou seja, a idéia que predominou em grande parte dos estudos feministas, foi a de um homem dominador versus uma mulher dominada e essa fórmula parecia ser uma fórmula fixa, rígida, permanente.

Essa concepção vem sendo problematizada por alguns estudiosos/as das relações de gênero, nos últimos anos, que vêm utilizando Foucault para discussões sobre as relações de poder. Preocupando-se com os efeitos do poder, esse estudioso diz que seria importante perceber tanto seus efeitos como estando ligados “a disposições, manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos”, quanto o fato de que o seu exercício sempre se dá entre sujeitos que são capazes de resistir, ou seja, não há poder sem liberdade e sem potencial de revolta (Louro, 1997).

Lembra, essa estudiosa ao se referir à concepção de poder de Foucault, que essas referências são úteis para os estudos feministas; pois através das mais diferentes práticas sociais, homens e mulheres constituem relações em que há, constantemente, negociações, avanços, recuos, consentimentos, revoltas, alianças. Ou seja, o poder é como um jogo em que os participantes estão em constante movimento.

Para Louro (1997), ao focalizar-se o gênero como construção “fundamentalmente social” (destaque dela) a intenção não é negar que sua construção se dá sobre corpos sexuados, mas enfatizar seu conteúdo social e histórico produzido sobre as características biológicas. Essa compreensão, abarcando os sujeitos masculinos e femininos, evidencia o seu conteúdo relacional, uma vez que os sujeitos não se constituem isoladamente mas produzem-se no interior de processos relacionais.

Dessa maneira, o conceito de gênero passa a ser utilizado como um apelo relacional forte, pois os gêneros são construídos no campo das relações sociais e ainda que os estudos continuem voltados para as mulheres eles estão também se referindo aos homens, de uma maneira mais explícita (Louro, 1997).

A afirmação desse caráter social e relacional do feminino e do masculino chama a atenção para a importância de considerar-se os fenômenos em estudo como processos históricos, situados em momentos distintos e afetos a homens e mulheres.

Essa nova ótica, situa as questões de gênero como um processo, uma construção e não como algo que já exista. Como menciona Louro (1997), o uso desse conceito exige que se pense de modo plural os projetos e representações sobre mulheres e homens, uma vez que estes diferenciam-se entre as sociedades e nos diversos momentos históricos e, também, em uma mesma sociedade, nos distintos grupos que a compõe, ou seja, a idéia de pluralidade implica em admitir-se que, sociedades diferentes e em seu interior, há diferentes concepções acerca do ser homem e ser mulher que se transformam ao longo do tempo, diversificadas conforme a raça, a religião, a idade, entre outras condições.

3.2 A construção social da maternidade

Neste capítulo, procuro também historiar a construção social da maternidade, destacando a influência do discurso econômico, religioso, médico-higienista e médico-psicanalista, que em alguns momentos se entrelaçam no decorrer da história. Todos esses, engenhosamente utilizados (pois em vários momentos houveram resistências), serviram para ligar a mulher à função materna, tornando-a a principal provedora dos cuidados infantis. Em seqüência, falo de maneira sucinta sobre o surgimento da internação conjunta.

Badinter (1985), ao falar sobre o comportamento materno até o século XVIII, na Europa Ocidental, o justifica levando em consideração a violência praticada pelo homem pai, presente em todas as relações familiares, até mesmo na aristocracia.

A autoridade paterna predominava sobre o amor pois toda a sociedade estava assentada no princípio da autoridade, que se encontrava embasado no discurso filosófico de Aristóteles, no discurso da teologia cristã e no discurso do absolutismo político; todos esses, voltados ao fortalecimento do poder paterno, que deveria ser mantido a qualquer preço, na intenção de se ter uma sociedade hierarquizada e que tinha como maior virtude a obediência.

Até o século XVIII, a criança foi ignorada como um ser que precisava de cuidados e afeto, vista como um objeto tedioso e indigno de receber atenção, um adulto em miniatura; considerada mais como um impecilho à vida de seus pais, sendo encaminhado às casas de amas (escolhidas sem nenhum critério) para serem criadas e nas quais morriam aos milhares. Sua morte era um acontecimento esperado e sem importância, pois logo uma outra criança a substituiria (Badinter, 1985; Ariès, 1978).

Considerada também pela teologia como um ser imperfeito e que precisava de correção desde a mais tenra idade, correção essa feita através de castigos físicos brutais na intenção de manter a obediência, essa atitude era mantida também nas escolas, pois a maioria dos professores eram teólogos. Esse pouco valor dado à criança também estava presente na medicina, que nasceu como especialidade no século XIX. Até então, cuidar das crianças doentes era obrigação das mulheres; os médicos se recusavam a fazê-lo por sentirem dificuldades no tratamento das doenças da infância, pelo fato de a criança não saber falar. O outro indício, é sua ausência na literatura, até a primeira metade do século XVIII (Badinter, 1985).

A maternidade na Europa, conforme Badinter (1985) não era valorizada pela sociedade européia e que por isso, então, as mulheres procuraram valorizar-se através de outras formas, dentre elas, participando do mundo da cultura. Os homens, não vendo com bons olhos esse comportamento (de procura das mulheres pela cultura), trataram de minorar os efeitos e à partir do final do século XVI e início do século XVIII, a maior parte dos homens provoca as mulheres para que voltem para suas casas, assumindo as suas funções naturais de donas de casa e de mãe, dizendo que o saber estragava-lhes, desviando-as de seus deveres mais sagrados. Mas apesar dos protestos e resistência masculina, da metade do século XVII em diante, elas se interessam seriamente pela filosofia, ciências físicas e astronomia.

No final do século XVIII houve a necessidade de se povoar a França, começou-se então a ressaltar a importância da população para um país.

Assim, a criança começa a ter valor mercantil, transformando-se numa preciosidade para a produção de riquezas e também para a garantia de poderio militar. Após 1760, surgem publicações destinadas às mães para o cuidado de seus próprios filhos – a mulher deveria ser antes de tudo mãe. O Estado começa a convencer as mulheres a se voltarem para as tarefas da maternidade que haviam sido esquecidas – moralistas, médicos, administradores, passam a utilizar o discurso da felicidade e igualdade para seduzir as mulheres e elas começam a perceber que, ao produzirem esse trabalho familiar e necessário à sociedade adquiriam uma importância que nunca haviam tido antes (Badinter, 1985).

Além do discurso econômico, acima descrito, havia o filosófico que propagou as idéias de igualdade e de felicidade conjugal, transformando a imagem do pai e de seu poder; nesse discurso, o poder paterno deveria ser partilhado com a mãe, ou seja, o pai e a mãe, teriam o mesmo direito de correção sobre a criança, embora esses direitos fossem limitados pelas necessidades da criança (Badinter, 1985).

Surge nesse século e que teve grandes repercussão nos séculos posteriores, o romance *Émile* de Rousseau estabelecendo como princípio que a mulher é fraca e passiva por natureza, deduzindo-se que a mulher é feita para agradar ao homem. Émile (o homem) seria: forte, imperioso, teria uma inteligência abstrata e não suportaria a injustiça; Sophie (a mulher) seria fraca, tímida, submissa, teria uma inteligência prática e suportaria a injustiça. A mulher deveria, então, ser educada com o objetivo de agradar ao homem, e sua educação deveria ser voltada para o lar; também a mulher deveria ignorar o princípio do prazer e da agressividade, ela não poderia ser voluntariosa, enérgica, egoísta, não deveria se aborrecer ou mostrar a menor impaciência; deveria limitar-se aos afazeres domésticos e não se intrometer no que ocorreria fora de sua casa (Badinter, 1985).

Mas se houveram vozes que aderiram e complementaram o pensamento Rousseuniano, entre elas Napoleão, que se preocupou com

a melhor educação a ser dada às mulheres nas escolas, com o objetivo de prepará-las para as lides do lar e cuidados dos filhos, Badinter (1985) diz que Condorcet foi o único que se empenhou pela igualdade natural e política entre os dois sexos. Para ele, o talento feminino não se limitava à maternidade, tendo a mulher acesso à todas as posições, pois somente a injustiça lhe proíbe o poder e o saber e não sua natureza, embora ao apresentar suas idéias tivesse receio de não ser compreendido pelas mulheres, pois a maternidade estava sendo valorizada e vivida com orgulho pela grande maioria, influenciadas que se encontravam pelo discurso de Rousseau (Badinter, 1985).

A construção da maternidade na Europa, também se deu através da preocupação com os óbitos infantis associados em parte à recusa da mãe em amamentar e com a mortalidade de jovens nas guerras, pois esses eram provenientes do campo e sua morte, prejudicava a economia. Na ocasião, era necessário que se repovoasse a França, para lhe garantir um poderio militar e econômico e a valorização da maternidade foi um dos meios encontrados.

Del Priore (1993), ao falar sobre a construção da mulher mãe no período colonial brasileiro, afirma que o objetivo do Estado era povoar o território, organizar a produção e fazer com que a empresa mercantil se tornasse eficiente. A igreja, a serviço do Estado foi guia nesse projeto e neste, procurou desenvolver os compromissos reformistas do Concílio de Trento¹, que tinha como alvo o combate do concubinato, das religiosidades desviantes, das sexualidades alternativas e a valorização do casamento e da austeridade familiar.

A igreja, nessa época, contava com o apoio dos homens de letras que emitiam discursos sobre os comportamentos considerados inadequados, com o objetivo de valorizar os comportamentos honestos e obedientes, ditados nas obras entre os séculos XVII e XVIII; esses

¹ O concílio de Trento, conforme Souto Maior (1975) foi um concílio convocado pelo Papa Paulo III, em 1546, na cidade de Trento na Itália; teve várias interrupções, terminando após dezoito anos. Portugal, Espanha Polônia e os Estados italianos foram os primeiros países que aceitaram incondicionalmente as resoluções tridentinas.

homens contavam com uma nova onda que impregnava a Europa, que era a de empurrar a mulher para dentro de casa, para ser melhor controlada; pois além de interesses próprios da igreja em adestrar as mulheres, existia o interesse em manter uma sociedade androcêntrica, característica dos europeus.

As mulheres que tinham seus companheiros levados para o interior do Brasil, devido ao processo de colonização, tinham que escolher entre ser uma santa mãezinha ou viver com o estigma da "sem qualidades", sendo excluída da sociedade e demonizada. Essas mulheres, em sua maioria eram amaziadas e com a partida do companheiro, muito freqüentemente, reorganizavam suas vidas com outros companheiros eventuais (comportamento esse duramente combatido pela igreja) ou passavam a reorganizar suas vidas em torno dos filhos (Del Priore, 1993).

Ciente que a mãe era o elo de transmissão de normas e valores ancestrais e que o isolamento doméstico propiciava o surgimento de elementos culturais peculiares, a igreja, introduziu, no lar das mulheres que viviam sós com seus filhos e que viviam informalmente sua sexualidade, o modelo da boa e santa mãe, na intenção de valorizar o casamento, acenando com a idéia reconfortante de estabilidade conjugal. Nesse processo de adestramento, a igreja prometia que poderiam gozar das glórias do céu as adúlteras, prostitutas, mancebas e concubinadas que se domesticassem através da penitência e do casamento (Del Priore, 1993).

O adestramento deu-se da seguinte forma: caricaturou-se as práticas transgressivas das mulheres subalternas até transformá-las num excesso; combateu-se esses nos sermões e pastorais (pois as mulheres mães solteiras, concubinadas, abandonadas e prostituídas juntavam-se às casadas e viúvas, utilizando de práticas religiosas para a hora dos partos e para rezarem por seus filhos doentes e a igreja, aproveitando dessa religiosidade, ia tentando impor um papel social para elas); quebrou-se as teias de solidariedade que uniam nessas práticas proibidas mães, comadres, filhos, alcoviteiras e parentes ao redor de um saber sobre o

corpo feminino (pois esse saber, a igreja não possuía e portanto ela o impugnava); fez da mãe um exemplo e da maternidade uma tarefa (Del Priore, 1993).

Perseguiu-se então a mulher que vivia entre a ambigüidade da mãe e da prostituta; o uso da sexualidade que não fosse para a procriação foi visto como revolucionário.

Ao enumerar os comportamentos chamados inadequados, ou seja, das que se vendiam, evidenciou-se o único aceitável: o de santa mãezinha (Del Priore, 1993).

Incorporada pela elite colonial, que tinha uma relação mais íntima com moralistas e teólogos, esse papel de mãe santificada disseminou-se por todas as classes sociais; idealizada pela igreja, a vida conjugal deveria ter limites bem claros: o papel da mulher limitava-se à maternidade. A construção da nova identidade feminina que anteriormente tinha multiplicidades de funções (era-se de maneira simultânea a mãe dos filhos ilegítimos do marido, a concubina de um homem casado, companheira de um bígamo, manceba do padre), passava a introjetar-se apenas nas relações conjugais (Del Priore, 1993).

Mas esse adestramento para o casamento veio acompanhado de normas de como a mulher deveria se portar dentro dele: o sexo deveria ser utilizado para a reprodução; o amor demasiado deveria ser transformado em bem querer amistoso. Sendo assim, os apetites dentro das uniões conjugais iam se esvaziando, substituídos por sentimentos espiritualizados e ascéticos de piedade e devoção, como sentimentos de amor ao marido, provocando em torno da mulher, uma aura de santidade. Envolvida nesse amor, voltada às orações e cuidados com os filhos e à casa, a mulher abandonou sua relação com o corpo erotizado e prazeroso. A maternidade e a feminilidade acabaram por sofrer um processo de imantação. A procriação tornou-se sua mais importante tarefa e sua sexualidade recreativa foi cada vez mais sendo abandonada. Sobrava-lhes, então, enriquecer o seu papel de mãe, reforçando poderes

no interior da casa e da família, pois fazer filhos, tê-los e criá-los, tornou-se um poder (Del Priore, 1993).

O ideal da maternidade constituía-se também por preocupações constantes com a saúde de seus filhos e de sua educação cristã. O universo da mãe e filhos legítimos, devia resultar do casamento e de uma vida privada, onde a prática cristã estivesse assegurada. A medicina, ao mesmo tempo que a igreja delegava às mães o trabalho de doutrinação dos filhos, esforçava-se por fortalecer os laços entre mães e filhos, para torná-los indissolúveis, valorizando o fato de que à mãe cabia única e exclusivamente a criação dos filhos, garantindo dessa forma o objetivo da igreja católica. Os médicos, afirmavam que o corpo feminino estava apto para a maternidade e procriação, pois percebiam a feminilidade como uma maneira funcionalista de ser do corpo feminino, então, concluindo que a mulher não poderia ser mais do que mãe. Nesse período surgiu um número grande de manuais de puericultura para auxiliar as mães a normatizarem suas práticas com seus filhos (Del Priore, 1993).

O modelo de maternidade devotada, divulgado pela medicina, estava assentado na culpabilização das que não podiam amamentar, sendo então responsáveis pelos comprometimentos de saúde/desnutrição que o filho pudesse vir a ter. A ênfase no leite era bem forte, sendo considerado o melhor remédio para qualquer doença que a criança viesse a ter (Del Priore, 1993).

No século XVII e XVIII, cada vez mais, o papel da mãe em fazer de seu filho o espelho de seu corpo foi sendo fortalecido, ganhando espaço na literatura médica onde os cuidados com a criança deveriam refletir a boa constituição fisiológica materna. O corpo materno era um espaço regulado e metódico onde o corpo do filho deveria ser um apêndice e quanto mais regrada a mãe, mais perfeita física e espiritualmente a criança (Del Priore, 1993).

Às mulheres então foi delegado, através da maternidade, estabelecer as bases para a nova família, sonhada pela igreja e pelo Estado.

Seu papel social foi demarcado, sua sexualidade e sua alma normatizada pelos moralistas, médicos, teólogos e confesores, para que servisse exclusivamente aos fundamentos da colonização portuguesa no Brasil. Deveriam, como mães, propagar a moral cristã, através da difusão do catolicismo e do povoamento ordenado da colônia; ter quantos filhos o Estado quisesse. A identidade feminina fazia-se a partir da maternidade, não importando sua origem (Del Priore, 1993).

Na Europa Ocidental, por influência de Rousseau, descobriu-se, no final do século XVIII, que o amor (sinônimo de amor - amizade) seria a base para a felicidade nas relações entre o casal e os filhos. O casamento concebido com o arranjo de duas famílias, passa a ser mal visto. Esse novo direito ao amor, para a mulher, abalou o autoritarismo que a mantinha toda a vida na submissão; o comportamento do marido parece se modificar principalmente entre as famílias abastadas e os burgueses mais modestos, sendo que o poder paterno deveria ser partilhado com a mãe. Ficava então difícil o marido tratar sua mulher como súdito como se tratava antes; reconhecia-se então que ela devia ser retirada dos conventos para melhor ser educada, para que pudesse fazer a melhor escolha; então, a educação da mulher começa ser feita em casa, em condições bastante satisfatória para que cumpra seu futuro papel a qualquer preço e nesse papel, a ênfase foi dada na amamentação (Badinter, 1985).

A família se fecha em torno de si mesma, pais e filhos compartilham a mesma sala de refeições, a intimidade é glorificada em toda parte; mas, na verdade, essa revolução foi lenta, pois apesar das obras literárias e pinturas que procuravam manifestar essa revolução como concretizada, pais e mães estavam apenas começando a se interessar por seus filhos (Badinter, 1985).

Foucault (1998), ao falar sobre a medicalização da família ocorrida no século XVIII, diz que ao problema da criança, acrescentou-se o problema da infância, preocupando-se com sua sobrevivência até a idade adulta, ou seja, da organização dessa fase entendida como específica e

finalizada. As relações entre pais e filhos são codificadas segundo novas regras, devendo estar regidas por todo um conjunto de obrigações que se impõem entre pais e filhos, como: cuidados, contatos, higiene, limpeza e proximidade atenta; amamentação das crianças pelas mães; preocupação com vestuários sadios; exercícios físicos para promover o bom desenvolvimento do organismo. A família, então, deveria se tornar em um meio que mantivesse e favorecesse o corpo da criança.

O laço conjugal deveria se organizar para oferecer a matriz para o indivíduo adulto. A nova conjugalidade deveria ser aquela que congregasse pais e filhos.

Mas Badinter (1985) afirma que na Europa Ocidental, se houveram adesões à esse papel, resistências também ocorreram, embora vários argumentos fossem utilizados para que as mulheres se curvassem às novas tarefas, como a amamentação. A comparação com os animais selvagens, que por nada deixavam de amamentar seus filhos se fez presente, evidenciando que a mulher ideal seria a que mais se aproximasse da fêmea. Promessas também foram feitas, dentre elas, a de que amamentar embelezaria a mulher e lhe daria prazer, só encontrado na dedicação absoluta ao filho; as privações cruéis se transformariam em puras alegrias; ela teria, quando amamentasse, o carinho de seu filho e seu marido se mostraria mais ligado à ela; questões econômicas também foram utilizadas, alegando-se o lucro que os pais teriam mantendo os filhos em casa, pois esses, quando enviados às casas de amas retornavam doentes e muitas vezes deformados, levando os pais a gastarem com sua recuperação.

As ameaças também se fizeram presentes: caso, persistissem não amamentar², argumentava-se que a natureza as puniriam, com todas as doenças que secam o leite, e até mesmo com o risco de morte, pois retendo o leite, ele se lançaria por todas as partes do organismo, provocando vários males; além disso, previa-se para elas entre outros

² As mulheres dessa época, consideravam que a amamentação lhes estragava a beleza de seus seios. Acreditava-se também que o esperma azedava o leite. (Badinter, 1985).

males, as epistaxes, as hemoptises, as diarréias, os suores, as afecções das glândulas mamárias, as afecções do útero, o câncer de mama e morte súbita. Além do castigo da natureza, o castigo de Deus se faria presente, pois ela estaria cometendo um pecado contra Deus (Badinter, 1985).

Todo esse movimento, permeado de promessas e ameaças, deve ter colocado as mulheres como responsáveis pela sobrevivência e pelo futuro saudável de seu filho.

Durante a revolução francesa, no final do século XVIII, os conventos foram fechados e os filhos do sexo feminino foram mantidos em casa, sendo educadas por suas mães, com o objetivo de torná-las mães e esposas; então, as responsabilidades das mulheres foram ampliadas para além da função nutritícia, acrescentando a função de educadora, passando a ser sua mais nobre tarefa. Para exercê-la, a mulher deveria ter a bondade, a coragem e a doçura como virtudes; sendo um modelo para o filho, ela deveria dar o bom exemplo; o mau humor lhe era proibido. A boa educadora deveria despertar a confiança total do filho e ao mesmo tempo vigiá-lo (Badinter, 1985).

A partir do século XIX, mais especificamente em seu início, uma nova imagem da mãe começou a ser desenhada, havendo um declínio considerável no número de crianças encaminhadas as amas de leite. Os pais começam a se preocupar com a saúde da criança, sua morte passa a ser vivida como um drama que não só atinge a mãe, mas também o pai. A mãe, agora, sentindo-se responsável pela saúde do filho, pede conselhos e ajuda ao médico, não escondendo mais sua ansiedade. Aproveitando-se disso, os médicos a fizeram sua assistente, enfermeira e executiva. A mãe agora cuida de seu filho à qualquer hora do dia ou da noite, independente de seu estado de saúde, devendo ser meiga e afetuosa. Convocada a cuidar de seus próprios filhos, a mulher já não tem mais tempo para si e para a vida mundana. A distinção entre o primogênito e o resto dos filhos desaparece e ela agora passa a amar a todos de igual maneira e intensidade (Badinter, 1985).

Mas essa mudança nos costumes se deu de forma lenta, nem todas aderiram, sendo as mulheres da média burguesia as mais sensibilizadas. Badinter (1985) afirma que a mãe moderna nasceu dessa classe, pois nela as mulheres teriam mais tempo livre do que entre as mais pobres que tinham poucas pretensões intelectuais e mundanas como as aristocráticas; além disso, elas perceberam que através da maternidade poderiam ter uma nova razão de viver e maior valor social, pois ao aceitarem cuidar de seus filhos melhoravam sua posição social, acrescentando ao poder sobre os bens da família o poder sobre os seus familiares, o que a tornava o eixo central da família.

Em contrapartida, no final do século XVIII e início do século XIX, as mulheres das classes menos favorecidas, diante de sua condição econômica, têm mais necessidade de mandar os filhos para uma ama, para se dedicarem ao trabalho junto ao marido; para essas mulheres, o filho continuava sendo um fardo e ela continua a entregá-los aos cuidados das amas. Esse comportamento, nessa classe, prolongou-se até o início do século XX, com o surgimento da esterilização, que tornou seguro o uso das mamadeiras (Badinter, 1985). Parece-me que essa conduta está relacionada com a revolução industrial, ocorrida entre os séculos XVIII e XIX, que foram transformações que mudaram profundamente a sociedade européia, conforme Souto Maior (1975).

No século XIX, no Brasil república, entre os anos de 1845 e 1847, o número de óbitos era elevado, causado pela entrega de crianças a escravas ignorantes, partos laboriosos, tratamento médico tardio, má alimentação, vestimentas inadequadas ao clima tropical, casamentos cossangüíneos e a ilegitimidade dos nascimentos, pois essas crianças eram frutos de relações ilícitas, então eram deixadas nas rodas (Costa, 1989).

Segundo Venâncio (1997) e Costa (1989), anteriormente, ao século XVIII, os médicos deram pouca importância ao fato, talvez porque a morte

fosse encarada como um acontecimento positivo nessa idade, mas com a implantação de faculdades de medicina no século XIX, a preocupação tomou conta das autoridades, que criaram projetos destinados a combater a elevada mortalidade dos expostos.

Assim, os higienistas, preocupados com os óbitos infantis, buscaram as razões dessa irresponsabilidade e perceberam nessa busca o afrouxamento dos laços afetivos entre pais e filhos, sendo a casa dos expostos a fonte estatística mais utilizada (Costa, 1989).

O objetivo dos higienistas foi a reformulação da conduta feminina frente aos filhos, vendo que todo o sistema familiar herdado da colônia tinha sido montado para atender as exigências da propriedade e as necessidades dos adultos, restando somente as sobras às crianças. A mulher, submissa ao homem, não se dava conta de sua importância na proteção às crianças e com o aceleração da urbanização, esta passou do enclausuramento doméstico à sociabilidade mundana, então, a moda e as obrigações sociais, passaram a consumir toda a energia e tempo que poderiam estar sendo gastos com a prole. Percebendo que, sem alterar os direitos do pai, não poderiam atenuar a morte dos filhos, os higienistas viram como necessário criar uma nova organização doméstica, onde a dissimetria de poder entre os cônjuges fosse extirpada e, nessa nova família, a antiga omissão pela criança daria lugar a uma participação mais justa e eqüitativa entre homens e mulheres (Costa, 1989).

O pai, agora, deveria proteger seus filhos materialmente, buscando uma fonte de renda que não os prejudicasse, e à mãe caberia iniciá-los na educação, ganhando esta um papel autônomo no interior da casa, o de iniciadora de educação infantil.

A mãe higiênica, foi criada através da relação feita entre o aleitamento mercenário e mortalidade infantil, pois ao se perceber que essa prática era responsável pelo número elevado de óbitos, decidiu-se fazer com que a mãe amamentasse, embora só a partir do século XIX tenha se encorajado o aleitamento materno (Costa, 1989).

À exemplo do que acontecia na Europa, os higienistas, no Brasil, passaram a encorajar as mulheres a amamentar, lançando mecanismos de manipulação, introjetando-lhes o sentimento de culpa. Mas a pressão para amamentar tinha embutido outros objetivos, dentre eles, o de regular a vida delas, através do uso de seu tempo livre em sua casa.

Amamentar era uma forma de livrá-la do ócio, preenchendo sua vida com uma tarefa útil e absorvente. A segunda causa estava ligada à concorrência com o homem, pois a emancipação do patriarcado colonial gerou uma onda de independência feminina pois com o processo de urbanização, a mulher passou a ter acesso à leituras que favoreciam a sua emancipação. O terceiro motivo relacionava-se à coesão do núcleo familiar: a mulher que não amamentava, dissolvia a família; buscava-se através da amamentação inculcar na mulher a responsabilidade pela unidade familiar (Costa, 1989).

Em seu discurso, os higienistas reforçaram o mito segundo o qual a mulher teria sido feita para o lar e o homem para o trabalho e a mulher que por ventura se afastasse desse modelo de mãe, esposa zelosa com as crianças e o lar, eram tidas como desviantes, sendo consideradas como loucas, prostitutas, histéricas e criminosas (Nunes, 1991).

Na Europa, nesse mesmo século, o aspecto religioso também foi ressaltado; seria preciso uma preparação espiritual e cristã para admitir o sacrifício e isso tornaria a mãe superior aos outros humanos. Mas, em contraposição com outras vocações religiosas, a vocação materna era obrigatória, todas tinham a mesma missão, devendo se sacrificar; todas só encontrariam sua salvação devotando-se ao dever materno. A mulher, assim como Maria, deveria ter uma paciência inesgotável; sua purificação seria através de suas dores, não devendo esperar recompensas neste mundo. O filho seria o sinal de sua vitória ou de seu fracasso. A boa mãe seria recompensada e a má seria punida na pessoa do filho. Durante todo o século XIX muitas maldições foram dirigidas às mães más e se o filho morresse ou se tornasse um criminoso a mãe era chamada para se explicar (Badinter, 1985).

Para Hays (1998), nos Estados Unidos, a educação dos filhos passou a ser um sinônimo de maternidade, na segunda metade do século XIX. A imagem global dessa idéia continha um sentimentalismo difuso, misto de pureza, compaixão e patriotismo. Ela considera que esse processo teve início no período revolucionário, quando as mulheres da classe média urbana tentavam moldar-se como “mães republicanas”, tendo como papel a socialização dos filhos para serem futuros cidadãos da república, lutando muito para se mostrarem capazes de criar cidadãos com boas virtudes para a nova nação, devendo para isso preparar-se para a tarefa de educar os filhos. Este movimento resultou rapidamente no que foi denominado de: “culto à domesticidade”, “culto à verdadeira feminilidade” e “código do lar.” As mulheres estariam, assim, participando na construção de um mundo melhor, através da sustentação moral e emocional de sua família.

O status da mãe dependia mais de seu desempenho na criação dos filhos do que de sua produtividade. Tornou-se crescente a preocupação com o fato de que a mãe deveria dispor de tempo suficiente para passar com os filhos. Nas décadas de 1820 e 1830 proliferaram as associações maternas e revistas de circulação nacional destinadas às mães. Havendo também uma enorme quantidade de romances domésticos e manuais para educação dos filhos, escritos por mães, educadores, médicos e teólogos. A boa mãe deveria derramar-se em afeição pela criança e, além disso, manter-se vigilante sobre suas próprias virtudes e estas deveriam ser passadas aos filhos. O lar passou a ser descrito como refúgio, santuário celestial, e as mulheres suas guardiãs. Nesse período, a ideologia rousseuniana teve crescente popularidade. As mulheres eram eliminadas da força de trabalho remunerada e concomitante a isso, eram eliminadas também pela industrialização que substituíra sua mão de obra na agricultura familiar. Assim, tornando-se menos úteis economicamente, as mulheres sentiam-se favorecidas com seu novo papel (Hays, 1998).

Como a classe trabalhadora pobre continuava se comportando conforme as regras da economia familiar, sofreram então pressões de organizações filantrópicas, sociedades reformistas de mulheres e mulheres da classe média, que tentavam impor as visões suas sobre a boa educação dos filhos (Hays, 1998).

Para Serrurier (1993), depois da publicação do romance *Émile de Rousseau*, as mulheres foram condenadas a serem mães e a serem boas, pois as teorias de Rousseau sobre a educação das meninas, através de sua Sophie, tiveram uma grande influência nos séculos posteriores. Os líderes sociais fizeram dessas idéias leis, pois elas caminhavam no sentido da ordem social, ou seja, respondendo ao desejo de natalidade e de hierarquia entre os homens e mulheres.

Mas, ao historiar, aqui, o papel da mulher na maternidade, necessário se faz resgatar o homem pai, pois parece que este ficou obscurecido e até mesmo inexistente nesse processo. Badinter (1985) afirma que pelo fato de a mulher ter assumido muitas funções no lar, a importância do homem pai começou a declinar a partir do século XVIII.

Assim, o pai do século XIX passou a ser um acessório na criação dos filhos; seu prestígio estava ligado à sua capacidade econômica, ou seja, a de levar pontualmente todo seu rendimento para casa. E, nesse século, descobriu-se que o pai poderia ter defeitos, apontando-se para o homem pobre, que não tinha condições de alimentar adequadamente sua família, para o bêbado e para o homem que não teve acesso à educação, não podendo passá-la a seus filhos, sendo esses condenados, aos olhos da sociedade, como futuros marginais. Então, o pai passa a ser vigiado pelo Estado, que começa a controlar a família através da criança, que começa a ficar maior tempo na escola que em casa. Nesse controle, novas instituições surgem para suprir a falta moral do pai das classes menos favorecidas, na pessoa do juiz, do professor, da assistente social, do educador, do psiquiatra. O pai, com sua autoridade restrita, poderia ser chamado a qualquer momento para dar satisfações ao Estado.

E no início do século XX, endossando todo esse processo, que surge o discurso psicanalítico dirigido à mulher, contribuindo para torná-la a personagem central da família.

Freud, descreve a evolução sexual e psicológica da mulher, propondo uma teoria que introjetou em seus leitores a imagem da mulher normal e da anormal (doente), o que levou seus discípulos a traçarem o retrato da mãe normal, deduzido da mulher descrita por Freud: para uma mulher ser uma boa mãe, era necessário que ela tivesse tido, durante a infância, convivência com uma mãe equilibrada e uma evolução sexual e psicológica satisfatória; se ela fosse educada por uma mãe perturbada, seria bem provável que ela sentisse dificuldades em assumir sua feminilidade e maternidade e quando fosse mãe, reproduziria atitudes da sua própria mãe, ou seja, ela seria uma doente hereditária, uma mãe psicologicamente má (Badinter, 1985).

Foi Helène Deustch, discípula de Freud, que retomou, a seu modo, os conceitos e os postulados de Freud. Para ela, a mulher normal ou feminina se resumia em três palavras: passividade, masoquismo e narcisismo. A boa mãe estaria então constituída pela interação harmoniosa das tendências narcísicas e a aptidão para suportar o sofrimento. O desejo narcísico de ser amada transforma-se na mulher maternal que transfere seu ego para seu filho e o masoquismo manifesta-se na aptidão da mãe ao sacrifício de si em prol do filho e esse sofrimento seria compensado pela alegria que a maternidade lhe provocaria. Se a mulher não apresentasse esse masoquismo, ela poderia ser vítima de um masoquismo mais cruel, que seria o sentimento de culpa (Badinter, 1985).

Não tardaram pois o surgimento de prescrições de como deveria ser o comportamento da boa mãe. A mãe normalmente devotada deveria se preocupar com o filho e excluir qualquer outro interesse; colocando-se no lugar de seu bebê, este se desenvolveria normalmente. A prova de seu amor pelo bebê estaria relacionada ao aleitamento. As mães deveriam se alegrar com a sua condição, sacrificando-se por seu filho, pois, ao se comportarem dessa forma, estariam estabelecendo a boa saúde mental

de seu filho; deveriam ser pacientes, estar sempre atentas às necessidades dos filhos e ter devotamento absoluto. Qualquer comportamento contrário à essa prescrição (considerado como prova de amor ao filho) era considerado uma monstruosidade e uma exceção patológica à norma (Badinter, 1985).

O pai não precisaria estar presente durante todo o período, mas deveria se deixar ver com freqüência, para que seu filho percebesse que ele era real; não poderiam substituir as mães, apesar de alguns sentirem que poderiam ser melhores mães que suas mulheres. Ele seria o vigor, o ideal e o mundo exterior e a mãe representaria a casa e a família.

Com a psicanálise, as mulheres ficaram sabendo que sua presença/papel junto ao seu filho era essencial e muito mais trabalhoso que o papel do pai. A mãe simbólica, para a psicanálise, não bastava durante os primeiros anos de vida da criança. Depois da primeira guerra, vários discípulos de Freud passaram do descritivo ao normativo, divulgando amplamente o retrato da boa mãe (Badinter, 1985).

Kitzinger (1978) e Serrurier (1993), ao falarem sobre os escritos dos psicanalistas e psicólogos, dizem que estes tendem a encarar as mães do ponto de vista das crianças e de suas necessidades e que de Freud, até hoje, a ênfase é colocada no modo como as mães podem prejudicar seus filhos, através de palavras, pensamentos e ações, criando personalidades adultas desadaptadas. Esses escritos, para ela, tendem a incluir as mães tão somente como pessoas que atuam sobre os filhos de maneira positiva ou negativa, considerando-as mais como objetos do que como sujeitos e que seu papel é secundário, estando a criança no centro das atenções.

Hays (1998) afirma que nos Estados Unidos, no período entre as duas guerras mundiais, surgiram grandes especialistas em crianças que acreditavam que as mulheres eram irracionais e emotivas e que deveriam ser orientadas por especialistas; essas idéias, tiveram enormes repercussões, pois em 1920 havia clube de mães que as adotavam. Mas, a preocupação com o desenvolvimento psicológico da criança ficou mais forte na década de trinta, após os estudos de Anna Freud, sobre as

conseqüências da separação mãe- filho e na teoria do apego maternal do psicanalista inglês John Bowlby.

Essa mesma autora, acima citada, fala que nos Estados Unidos, durante a segunda guerra mundial, surgiu o modelo mais intensificado de maternidade, pois nessa época as mulheres da classe média casadas e mães entraram em número cada vez maior no mercado de trabalho; além de terem que trabalhar em um ambiente onde a competição pelo ganho era valorizada acima de tudo, elas deveriam ser calorosas, altruístas e protetoras como mães.

E depois da guerra, o governo e o mundo empresarial insistiam, através dos meios de comunicação, que as mulheres abandonassem os empregos e voltassem para suas casas. Mas muitas não quiseram voltar para casa e as que voltaram não se sentiram realizadas somente no papel de mãe.

Vê-se, pois, que nos períodos posteriores aos períodos bélicos, as mulheres foram cada vez mais incitadas a se tornarem mães dedicadas e a terem muitos filhos para "repor a população" morta nos conflitos.

No Brasil, como coloca Del Priore, as mulheres foram utilizadas para o povoamento da nova terra e D' Oliveira (1996) nos lembra que as políticas públicas de proteção à infância no Brasil, na década de trinta, eram de natureza essencialmente natalista, promovendo a mulher enquanto mãe, tornando esse papel um dever cívico e de importância fundamental para o desenvolvimento do Brasil, pois os amplos territórios precisavam ser povoados.

Badinter (1985) afirma que até há vinte anos, na França, a imprensa fazia uma pressão ideológica direcionada às mulheres que não queriam ter filhos, denominando-as de egoístas e infantis. Não ficando excluídas dessa condenação as mulheres que abandonaram o aleitamento natural. Ela lembra que foram as feministas, que em sua luta pela modificação da condição da mulher e muito mais pela imagem da mãe, conseguiram que a maior parte da imprensa feminina olhasse com outros olhos suas idéias

e as mudassem, pois foram forçadas a enxergar a diferença entre o discurso psicanalítico e a vida real das mulheres que ele queria atingir.

Hoje, as mulheres questionam esse dom de si mesmas, que se afigura tão natural e tão específico ao seu sexo há quase dois séculos, sinalizando ao seu companheiro que desejam partilhar com eles esse amor ao filho e esse sacrifício e parecem estar conseguindo.

À medida que as mulheres se tornam mais preparadas intelectualmente, elas aspiram melhores cargos, sendo maior o número das que preferem abandonar as tarefas domésticas. Mas, mesmo quando trabalham fora, as mulheres de hoje estão muito mais próximas de seus filhos que em outras épocas (Badinter, 1985). Isso se explica pela importância que a criança adquiriu no transcorrer da história e no reforço que tem sido dado no decorrer dos últimos anos.

Se antes as mulheres confessavam com certo remorso as dificuldades da maternidade, hoje elas já não confessam e sim denunciam o esgotamento, o desencanto e a renúncia que a maternidade lhes representa (Badinter, 1985).

Walkerdine (1995) diz que a mulher foi colocada na literatura moderna como extremamente importante para a produção de cidadãos corretos, ou seja, cidadãos livres de tendências anti-sociais e criminais. Esse processo teve início a partir do movimento higienista, alcançando seu ápice nos anos 60 e 70, com a preocupação com os *black power*, nos guetos americanos. Nessa época, alguns programas culpavam as mães pela decadência urbana e baixos padrões educacionais. Previamente a isso, estudos sobre a privação materna foram alegados e novas pesquisas sobre a interação mãe - criança foram desenvolvidas. "Tornou-se comum a idéia de que havia uma verdade observável sobre o que se constituía uma boa maternagem, um tipo de cuidado e interação que era normal, na medida em que podia assegurar a produção de crianças normais, isto é, crianças que não cresceriam para serem anti-sociais" (p. 217).

A mãe, então, deveria ser a primeira e melhor educadora. Colocou-se, um grande peso sobre seus ombros, permanecendo a idéia de que as crianças que iam mal na escola podiam ser o produto de uma educação e cultivo defeituoso. Com isso, as mães das classes trabalhadora, brancas e negras, foram consideradas como correndo maior risco de fazerem as coisas erradas; tornaram-se, assim, alvos dos manuais para pais e mães.

Supunha-se que a mãe normal fosse capaz de oferecer uma educação correta e que todas as mães podiam amar e brincar o tempo todo e que isso traria, conseqüentemente, o desenvolvimento correto da criança.

Hoje, apesar dessas idéias não serem mais comuns, as mulheres ainda são consideradas responsáveis por produzir homens apropriados, ou seja, crianças independentes e autônomas, “não patológicas” e nem doentes mentalmente ou criminosas e quando incapazes de produzir esses sujeitos, são condenadas (Walkerdine, 1995).

Para essa estudiosa,

... “a mulher, é sistematicamente posicionada e regulada de duas formas: como mãe que deve estimular a criança autônoma em desenvolvimento e como mãe culpada por qualquer fracasso tanto da autonomia individual quanto do corpo social, em explicações que supõem que os criminosos são produzidos através de um vínculo inadequado entre mãe e filho ou através da ausência prolongada da mãe na infância, ou ainda, do fracasso da mãe na infância” (p. 213).

3 . 3 A introdução da participação da mãe nos cuidados ao filho internado

Anteriormente às pesquisas de Spitz, a preocupação com o bem estar mental da criança já se fazia presente de maneira isolada em alguns locais. Desde o final do século XVIII, em alguns hospitais da Inglaterra, já

se observava os prejuízos emocionais sentidos pelas crianças ao serem separadas de suas mães, e, em 1860, Forster, um cirurgião, ao publicar o primeiro trabalho sobre cirurgia infantil, destacava a necessidade de cuidados individuais e recreação para a criança internada. Em 1920, Spence, médico inglês observa os prejuízos da separação mãe filho durante hospitalização da criança e, em 1927, ele põe em prática sua idéia, inaugurando o primeiro serviço de pediatria em que se permitia a permanência e os cuidados da mãe ao filho internado, da mesma maneira como se estivesse em casa (Lisboa, 1973).

A ênfase dada na assepsia e isolamento, decorrentes da identificação de um número cada vez maior de doenças, culminou no início do século XX, com o isolamento de crianças portadoras de doenças contagiosas. As crianças foram isoladas dos pacientes adultos e os pais foram proibidos de visitá-las (Whaley & Wong, 1985 ; Cypriano & Fisberg, 1990).

A partir da década de 40, a pesquisa de SPITZ³, sobre crianças institucionalizadas, provocou um grande interesse sobre a saúde psicológica infantil, trazendo mudanças na hospitalização de crianças, como internação conjunta mãe – filho, preparo psicológico para a internação das mesmas, visitas de irmãos, recreação, ensino escolar dentro do hospital e orientação dos pais, para prevenção do hospitalismo (Whaley & Wong, 1985).

Em 1951, a Organização Mundial de Saúde, tendo como relator J. Bowby, publica um relatório onde discorre sobre a falta de cuidados maternos como fator causador de perturbação da saúde mental, enfatizando que uma das conquistas mais importantes da psiquiatria foi ter “lançado uma luz” na importância vital para a saúde mental, a

³ *Falando sobre hospitalismo, Spitz (1991) diz que tanto ele (o hospitalismo) , quanto a depressão analítica (privação afetiva parcial) demonstram que uma grande deficiência nas relações objetivas, leva à uma suspensão no desenvolvimento de todos os setores da personalidade e quando esses distúrbios que são sérios, ocorrem durante o período formativo da psique, acabam deixando a estrutura e funcionamentos psíquicos com cicatrizes importantes.*

qualidade de cuidados prestados à criança nos seus primeiros anos de vida, por seus pais.

Em 1959, os médicos ingleses, influenciados pelo Relatório Platt ⁴ o qual visava o bem estar das crianças quando internadas, recomendava aos clínicos que todos os esforços deveriam ser feitos para reduzir os efeitos da hospitalização; dentre essas medidas, o enfoque foi dado no sentido de permitir livre acesso dos pais à criança internada, à participação da mãe nos cuidados e, quando possível, à internação conjunta (Cypriano & Fisberg, 1990).

No Brasil, essa prática vem sendo adotada a alguns anos, na maioria das enfermarias hospitalares e, atualmente, a permanência de um acompanhante com a criança hospitalizada é direito constitucional, através do Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 12 da Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990 que diz que “[...] os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e adolescentes” (Brasil, 1991, p.16).

Permitir a participação da mãe ou familiar significativo na assistência à criança hospitalizada, no meu entender, além de amenizar danos psicológicos à criança, promove maior tranquilidade a equipe de saúde na abordagem à mesma, pois a mãe assume o papel de mediadora na relação da equipe com a criança.

Ao longo desse processo, vários trabalhos têm sido feitos na intenção de avaliar as vantagens desse sistema e os resultados têm sido considerados bastante positivos. Mas, em vários documentos que tenho lido sobre essa prática, ao longo desses anos, chamou-me a atenção o fato de que, em vários deles, as vantagens mais citadas foram que as mães são fontes mais fidedignas de informações para as ações da equipe

⁴ Lima (1996), diz que o Relatório Platt, tinha como propostas: a participação da mãe nos cuidados à criança internada; facilidade de permanência junto aos filhos e livre entrada aos pais para visitas aos filhos. Além dessas concessões, ele recomendava que à medida do possível, as crianças fossem tratadas ambulatorialmente e que quando internadas, que o fossem em hospitais infantis ou em unidades de internação pediátrica.

de saúde, bem como a diminuição de problemas de pele pelas higienizações mais freqüentes. Isto me leva a pensar que desde que se estruturou o sistema de internação conjunta, tinha-se por objetivo que a pessoa significativa participasse ativamente da assistência, saindo do lugar de mero acompanhante.

4 A ANÁLISE DOS DADOS.

A análise dos dados permitiu-me identificar vários processos relacionais e conflitivos relativos à condição feminina e à função materna, presentes no processo de internação conjunta na unidade pediátrica selecionada, que classifiquei em cinco grandes categorias empíricas: processos emocionais e comportamentais de altruísmo materno; a família (re)forçando o altruísmo; práticas de controle institucional sobre o exercício do altruísmo; a emergência de uma rede de controle sobre o comportamento materno; amenizando o altruísmo.

4.1 Processos emocionais e comportamentais de altruísmo materno

Colocando o filho acima de qualquer sacrifício

Na enfermaria há uma mulher mãe paraplégica locomovendo-se em cadeira de rodas que se dedica intensamente ao cuidado do filho doente, a despeito das dificuldades que encontra, face à sua condição física. Os trabalhadores de enfermagem a elogiam com muita freqüência, dizendo ser ela "um exemplo de mãe," considerando o fato de que mesmo tendo uma restrição física importante, encontra-se dentro do hospital acompanhando seu filho em tratamento [N.O].

Ao longo de minha experiência profissional com mães em internação conjunta tenho identificado esse comportamento de abnegação quase

que rotineiramente, quando se julga como “mães perfeitas” aquelas que passam todo o tempo ao lado de seus filhos, que não os deixam por nada e para nada, não admitindo que outros cuidem deles, enfim, são vistas como “boas mães” aquelas que se sacrificam incondicionalmente por seus filhos, apesar de qualquer dificuldade. Geralmente são dessas mães que a equipe de enfermagem enaltece durante as passagens de plantões e nas conversas com colegas. Quando se encontra o oposto desse perfil não se aceita facilmente e, com frequência, se nega como o apropriado a uma “mãe”.

Afirma Serrurier (1993) que o mito da boa mãe é um mito profundamente enraizado, que de algum modo prejudica as mulheres, pois subentende que a mãe só pode ser uma boa mãe. A mãe ideal deve ser toda devotada, toda maternal, esquecendo-se de si para só pensar nos filhos. A idéia de que a mãe é sinônimo de abnegação e generosidade, consolo, doçura, ternura e alegria, encontra-se presente nas profundezas de nosso inconsciente coletivo.

Kitzinger (1978) diz que o mito da maternidade aceito em nossa sociedade é aquele que afirma que as mães sentem amor por seus filhos e lhes têm sentimentos ternos, conseqüentes ao ato biológico da procriação. A idéia é a de que, com o nascimento dos filhos, as mulheres tornam-se abnegadas e generosas, diferentes do seu eu anterior, experimentando a satisfação suprema de sacrificarem-se por seus filhos; as mães ficam isentas de ansiedade e paixão, representando a pureza das mulheres a serviço do filho, ou seja, a mulher com a maternidade cristaliza-se na imagem da Virgem Mãe, serenamente sentada com o Menino no colo.

Serrurier (1993) refere que as mães sentem-se muitas vezes obrigadas, em nome do “instinto materno inato” ou do amor materno, a atenuar o peso de tudo o que é material e que não é amor, tendo que suportar jornadas exaustivas, noites sem sono e anos sem repouso apropriado.

As considerações de Serrurier e Kitzinger chamam atenção para o fato de que, em nome desse amor, as mulheres frequentemente propõem-se a suportar jornadas exaustivas, valorizando-se através de suas supostas obrigações maternas. Como afirma uma das entrevistadas:

A lã não pesa para o carneiro! [Dinorá]

Essa é uma perspectiva presente, como apontei no capítulo anterior, nas várias sociedades ocidentais há séculos, visando a manter uma certa ordem social, organizada pelas estruturas de poder existentes ao longo dos tempos. O estabelecimento de relações sexistas e assimétricas entre homens e mulheres sempre esteve presente nas sociedades patriarcais, no interior das quais coube à mulher a procriação, o gerenciamento do lar e o cuidado aos futuros cidadãos. Nesse processo, biologizou-se a maternidade, e em torno dessa perspectiva construiu-se a ideologia do amor maternal e natural da mulher aos filhos, apresentado como um padrão de comportamento socialmente esperado (Grisci, 1994).

Mas Badinter (1986), ao falar sobre a maternidade, lembra que o amor oblativo, que definiu a mãe por muito tempo, simbolizado pelo pelicano que abre suas próprias entranhas para alimentar seu filhote, já não corresponde mais a sociedade atual. Segundo essa autora, as mulheres, sob esse modelo, dificilmente se revoltavam e quando o faziam era apenas entre si, à meia voz, no círculo fechado da amizade, por medo de não serem compreendidas ou por medo de serem rejeitadas; diferentemente, hoje, já se permite o confronto público ao lugar privilegiado dos filhos, particularmente evidenciando o fato de que estes muitas vezes ultrapassam os limites e abusam do amor dos pais.

Além disso, desde o movimento feminista, questiona-se a incondicionalidade do amor materno, criticando-se a sua naturalização.*

A compreensão da maternidade como algo sagrado é continuamente confrontada nos dias atuais, explicitando-se a sua relação com a expropriação da participação da mulher na esfera pública, no interior das relações de gênero construídas.

Porém, apesar das mudanças culturais em relação àquela visão de amor materno, incondicional, este ainda é encontrado na atualidade, como pude constatar em certos momentos no ambiente por mim observado.

Responsabilizando-se pela recuperação do filho

A preocupação da mulher em ficar ao lado do filho e ser a informante mais fidedigna do médico foi encontrada durante todo o período de internação, quando percebi que elas entendem que o corpo médico traça suas condutas dependendo de suas observações, apresentando-se como as principais e as mais fidedignas informantes sobre a evolução diária do filho:

Eu acho que a criança tem vários tipos de coisas que podem acontecer, que o médico não vai adivinhar e eu vou ter que falar para ele o que aconteceu durante o dia. O médico trabalha em cima do que eu falo, porque a criança não sabe falar. Você não concorda comigo? Você é enfermeira, você sabe, médico sozinho cura alguém? A ajuda principal tem que ser da mãe. Se não existir ajuda da mãe, pode desistir! Você dentro do hospital vê muito isso aí, às vezes a criança fica lá dois três meses porque a mãe não observa o que acontece com a criança. O médico não muda a medicação porque às vezes isso está fazendo mal, aquilo não está, a criança não sabe falar. Ele (o médico) não sabe adivinhar e às vezes vem acontecer até o pior [Selma].

Lembro, entretanto, que na unidade observada, existe uma equipe de enfermagem responsável pela assistência à criança, que controla e informa os acontecimentos ligados a ela. Interrogo, então, acerca do porquê dessa interpretação materna.

Para melhor compreender esse fato busco os registros nos prontuários das crianças e constato que as anotações da enfermagem são apenas em parte levadas em consideração pela equipe médica⁵. Praticamente são considerados na evolução médica diária do paciente os dados relativos a sinais vitais, aceitação alimentar e eliminações elaborados pela enfermagem; as demais informações são derivadas das mulheres mães. Constato, portanto, que essa é uma prática demandada/estimulada pelo próprio serviço.

Questiono, no entanto, se apenas esse fator justificaria tal postura, pois noto que, no processo de internação, a mulher revela uma idéia já introjetada de que o cuidado com o filho doente é de sua competência, sendo esse papel reforçado pela instituição.

De acordo com o esteriótipo do papel maternal, enraizado na cultura e partilhado por ela, essa mulher considera-se a principal provedora das necessidades do filho. Assim, ela se empenha em supri-las, assumindo, muitas vezes, a condição de a responsável por tudo que lhe diga respeito.

Bezerra & Fraga (1996) salientam que a participação da mãe na assistência à saúde dos filhos merece destaque, pois é a ela que socialmente incumbe-se o encargo de conduzi-los aos serviços médicos e de acompanhá-los durante a hospitalização, em resposta às normas que consideram essa participação como atribuição exclusiva da mulher.

Schmitz (1989) diz que, com a internação do filho, os pais estão expondo o produto de seu lar para a sociedade e que normalmente a sociedade e a própria mãe acreditam que toda a responsabilidade do cuidado da criança deve ser sua e que ela deve ser um modelo de sacrifício e devoção. Assim, essa idéia presente na sociedade é valorizada no interior da prática hospitalar, uma vez que a maneira como a internação conjunta estrutura-se corrobora a introjeção dessa idéia, pois, como constatei, a Instituição observada lhe delega e cobra essa participação.

⁵ Digo anotações pelo fato de ter consultado os prontuários, mas não subestimo as comunicações verbais que são feitas pelos profissionais que aí atuam.

Preocupando-se com afazeres do núcleo familiar

A internação conjunta de mães e crianças requer um certo distanciamento das mulheres de seus afazeres cotidianos; identifiquei que o afastamento físico dos domicílios é bastante conflitivo para mulheres em situação de internação. Elas ficam divididas entre os cuidados que podem dispensar a seus filhos internados e as responsabilidades com a casa e com outros filhos que, naquele momento, de algum modo, não podem assumir como gostariam.

O choro e a fala servem de canal para expressão desses sentimentos, especialmente quando se abre um certo espaço para sua manifestação:

Uma mulher mãe está na enfermaria, com expressão séria, quando me aproximo, começa a chorar, dizendo: "Não está tudo bem não; Estou morrendo de vontade de ir embora. A gente larga casa, tudo. A outra menina está na casa dos outros" [Rosa] [N.O].

O silêncio verbal em relação a esse tipo de problema também foi encontrado, parecendo-me que algumas se comportam dessa forma intencionando preservarem-se de emoções que poderiam fragilizá-las ainda mais ou mesmo por não identificarem um modo de resolver o problema que vivenciam.

Uma das mulheres mães tem a expressão muito séria e sempre se esquiva quando me aproximo; quase não conversa com ninguém; mantém-se pelos corredores quando não está na enfermaria, andando com o filho nos braços, para todos os lados [N. O].

Em entrevista, constato que ela, para enfrentar a situação vivida, preserva-se, distanciando-se em alguma medida das situações conflituosas vividas no espaço familiar:

Eu não sei se era por causa do outro menino meu que eu ficava preocupada, queria vir embora logo. Eu ficava preocupada com ele, de eu estar lá (no hospital) e ele só com o pai dele. Quando eu chegava aqui, ele ficava só chorando para eu não ir. Aí, eu nem importava muito de vir para casa. Se eu viesse, ele queria que eu ficasse; eu estando lá, ele ficava mais conformado, não lembrava muito [Renata].

A incapacidade de manter-se atuante nos dois espaços, junto ao filho doente no hospital e junto ao restante da família, provoca manifestações de sofrimento e o desejo de ajuda:

Num momento em que se realizam trabalhos manuais uma das mulheres desvia a atenção do crochê, momentaneamente, me olha, sorri e continua o seu trabalho. Ela está com a expressão facial tranqüila mas seus olhos estão muito edemaciados e avermelhados, parecendo ter chorado. Suas companheiras de enfermagem comentam sobre a vontade de ir embora, quando ela interrompe seu trabalho e diz: "Aqui, às vezes a gente precisa mais de psiquiatra do que de pediatra. A gente deixa filhos, marido em casa e vem para o hospital. Aí a cabeça não funciona" [Selma] [N.O]

Acredito que, com a internação de um membro da família e com o afastamento da mulher do lar, ocorre toda uma modificação da rotina diária do núcleo familiar, uma vez que a mulher direta ou indiretamente é a responsável pelo cuidado dos filhos e também do lar. Essa desestruturação, a que se segue o desejo de manter a dinâmica familiar funcionando como de rotina, certamente é um entre outros fatores que geram ansiedade nas mães que estão em processo de internação conjunta.

A respeito disso, Bezerra & Fraga (1996) dizem que a doença do filho pode trazer mudanças nas relações familiares, face aos diversos papéis que a mulher desempenha no interior da família (de esposa, mãe, trabalhadora). A mulher constitui-se, na sociedade, a figura central da dinâmica doméstica, em que desempenha vários papéis, como os mencionados, para o seu equilíbrio.

Essas mesmas autoras falam que um aspecto a ser considerado é o da situação de desagregação dos membros que geralmente ocorre nas famílias durante o período de internação da criança, quando um dos pais permanece com seu filho no hospital. Essa função cabe socialmente à mulher mãe, enquanto ao homem pai cabe a função de provimento de recursos para a subsistência da família, sendo muito comum que outros filhos sejam deixados sob os cuidados de amigos, parentes e vizinhos ou até mesmo sozinhos, fato que provoca enorme preocupação às mulheres mães.

Também a esse respeito Zannom (1994), citando estudos de Mettel e Lobo, chama a atenção para a menção a que as mulheres mães fazem acerca das vantagens em estar com o filho internado e poder acompanhá-lo de perto; também para as dificuldades que elas têm para permanecerem constantemente com seus filhos, face ao seu comprometimento com o cuidado de outros filhos e com as atividades do lar, que ficam prejudicadas pela sua ausência de casa.

Percebo que essa situação pode se tornar ainda mais grave quando os filhos que ficam em casa cobram a sua presença:

Eu ligo para ela e ela fala assim: que está com saudade de mim, do maninho, que vai vir buscar ele, para ela cuidar em casa, que é ela que quer cuidar! Ai esses dias eu liguei para ela, aí ela começou a falar no telefone; daí ela falou assim: "mãe eu quero você" [Gardênia].

Ao refletir sobre esse componente apresentado permito-me pensar da seguinte forma: se o sistema de internação conjunta foi criado com o objetivo de amenizar danos psicológicos à criança internada,

principalmente aos menores de seis anos, como ficam os outros filhos dessas mulheres mães? Eles também não estariam mais vulneráveis a transtornos psicológicos face ao afastamento de suas mães?

Logicamente que esses transtornos poderão se manifestar de maneira menos intensa, pois os que ficaram em casa provavelmente não estão submetidos a procedimentos fisicamente dolorosos, mas certamente estão sendo, em alguma medida, privados do contato e do afeto materno podendo até em alguns casos não contar com o apoio de um familiar significativo, como é o caso de Rosa, que deixou sua filha com estranhos para ficar com a outra durante a hospitalização. Esse aspecto, a meu ver, torna-se mais preocupante quando a internação arrasta-se por meses seguidos, como foi o caso de Gardênia (164 dias corridos), Renata (57 dias) e Teresa (51 dias nesse hospital, sendo que já havia ficado três meses em outro, antes de ser transferida, num total de 141 dias), pois todas elas têm filhos menores e com idade variando entre três anos incompletos a quatro anos.

A atenção da mulher mãe é totalmente desviada para a criança doente e, como profissionais, muitas vezes se cobra essa atenção, não se lembrando o que isso significa tanto para as mulheres quanto para a dinâmica familiar e para outros filhos. A mulher mãe que fica vários dias nas unidades de internação pediátrica tem condições/equilíbrio para atender a seu filho doente? Que suporte social e da própria instituição hospitalar essa mulher tem para enfrentar a situação de internação?

É preciso lembrar que as cobranças sociais feitas às mulheres, traduzidas em normas de condutas, quando não cumpridas, causam-lhes freqüentes conflitos. O cuidado dos filhos encarado unicamente como uma responsabilidade individual, revelada nas auto cobranças que essas mulheres-mães se fazem, obscurece o caráter social dessa função e a responsabilidade que as várias instituições têm no provimento de condições para que a situação de internação seja enfrentada com menos sofrimento.

Grisci (1994) lembra que a legitimação das relações hierárquicas de gênero apresenta uma visão deturpada da maternidade, apresentando-a como pertinente à esfera biológica/individual da mulher, em que se pressupõe a igualdade de todas, negando-se a sua inserção num contexto de classes sociais também assimétricas.

Essa reflexão me chama a atenção para o fato de que a grande maioria das mulheres mães e famílias com as quais entrei em contato nas unidades pediátricas, particularmente nos serviços públicos de saúde, não dispõe de condições e meios para enfrentar a situação de internação com um certo equilíbrio.

Vivenciando conflitos em torno do trabalho remunerado

Identifico, através dos dados anteriormente mencionados, que a responsabilidade pela esfera doméstica é naturalmente assumida pelas mulheres que participaram deste estudo. Mas, não só o trabalho privado é objeto de suas preocupações e auto - cobranças, encontrando-se também conflitos em relação à ocupação fora do âmbito familiar, no mercado de trabalho.

A mulher, sobretudo nas últimas décadas, vem assumindo na sociedade funções diversas dentro e fora do lar, acumulando papéis. A absorção dessas exigências sobre e pela mulher não é feita sem conflitos, gerando muitas vezes estratégias de conformismo e resistência.

Identifiquei que entre as mulheres mães envolvidas neste estudo evidenciam-se algumas posturas de resistência à dupla exigência que lhes são feitas, como pode-se observar na manifestação a seguir:

Quando eu chegar em casa, eu não vou mais trabalhar. Da outra vez, eu voltei a trabalhar no dia seguinte e ele ficou nas mãos da outra de nove anos, tomando sol e poeira direto. Já até liguei para os meus patrões, dizendo para eles arrumarem outra empregada, que eu não vou mais voltar [Dinorá].

Ao mesmo tempo que esse comportamento indica resistência às cobranças sociais à que está submetida, parece-me que a decisão de não voltar ao trabalho, também está relacionada à responsabilidade que se atribui no ressurgimento do problema de seu filho, porque nessa situação específica a criança teve uma recidiva da doença retornando ao hospital com mais ou menos trinta dias após alta, provavelmente por não ter ninguém para cuidá-la adequadamente.

Maldonado (1996) afirma que há tempos atrás, a vida da mulher resumia-se em casar, ter filhos, cuidar deles e da casa, tendo seu universo bastante restrito. Hoje, especialmente nos grandes centros urbanos, apesar de muitas famílias ainda se encontrarem organizadas no sentido tradicional, em que o homem é o mantenedor da estrutura econômica familiar ficando as tarefas domésticas para as mulheres, percebe-se que o cenário é diferente, havendo crescente participação feminina no mercado de trabalho, sendo comum a dupla jornada. Muitas vezes a mulher está sobrecarregada com esse ritmo apesar de contribuir para o orçamento familiar, por vezes até mesmo com a maior parte. Muitas mulheres não conseguem administrar o acúmulo de funções e acabam por renunciar ao trabalho em favor da família, algumas, tendem ao ressentimento e à culpa por relevarem as atividades fora do lar, outras, confrontam as cobranças para que assumam atividades dentro e fora do domicílio.

Nesse esquema da dupla jornada geralmente há pouca cooperação e solidariedade, especialmente do marido, não é muito fácil para a mulher cuidar da casa, do marido, dos filhos e ainda por cima ter que trabalhar e até mesmo estudar. A situação piora ainda mais quando surge uma situação de crise na família, como a decorrente de uma internação hospitalar infantil, em que a mulher mãe permanece por um tempo prolongado fora de seu domicílio.

Maldonado (1996) afirma que a maioria das mulheres que trabalha fora de casa queixa-se da dupla jornada, pois estas permanecem como principais responsáveis pela organização da casa e cuidados dos filhos,

não escapando à exigência do cumprimento das tarefas domésticas que lhe são tradicionalmente atribuídas, mesmo tendo conquistado seu lugar de trabalho e produção fora do lar, passando muitas vezes a cobrar de si mesmas um desempenho satisfatório como mãe, esposa e dona de casa. Muitas chegam a sentir-se presas pela culpa, estando esse sentimento mais relacionado com os filhos. Além disso, o fato da criança ter tido seu lugar ampliado como foco de preocupação, através da expansão das teorias psicológicas, os pais frequentemente sentem-se em débito com as crianças, afetados que estão com a sobrecarga de trabalho e o estresse da vida urbana, achando-se pouco disponíveis e sem tempo para os filhos.

Com relação ao trabalho e maternidade Badinter (1986) fala que, atualmente, o tempo da maternidade é menor na vida diária das mulheres, pois a grande maioria continua a trabalhar quando se torna mãe, ficando os contatos com a criança diminuídos, sendo as mães substituídas pelas creches, escolas e televisão. Para ela, ser mãe hoje, toma 1/3 do tempo da mãe trabalhadora. A qualidade do relacionamento é mais levada em conta que a quantidade, além disso, pode-se, por vezes, contar com o pai para substituí-la alternadamente.

Silva (1999) comenta que os primeiros estudos sobre o trabalho feminino, de Castro e Bronfman, discorrem sobre o aumento da mortalidade infantil em função do aumento do emprego feminino, mas ela afirma que esses estudos devem ir além das estatísticas e procurar discutir as condições em que as mulheres se inserem no mercado de trabalho.

Romito (1997), ao falar sobre trabalho e maternidade, diz que pesquisas desenvolvidas em países europeus mostram que o custo da maternidade na vida pessoal das mulheres é diversificado, variando conforme sua posição social e profissional, ou seja, as mulheres mais instruídas e com uma atividade qualificada tendem a permanecer mais tempo no trabalho e de maneira integral do que as menos instruídas, que

tem uma trajetória profissional descendente, sendo obrigadas a abandonar o emprego ou a reduzir a jornada a tempo parcial.

Encontrei também, entre as observadas, uma mulher que manifesta aparentemente a necessidade de se conformar em relação ao fato de não poder trabalhar fora do lar, face à doença do filho:

Eu não trabalho, só fico em casa mesmo e agora que ele adoeceu é que não dá mesmo, porque eu tenho que ficar andando com ele. Tem que se conformar [Renata].

Mas, ao mesmo tempo, em outro momento, essa mesma mulher mãe, expressa claramente a importância que dá ao trabalho, quando se compara à sua irmã, pelo fato de essa manter uma atividade remunerada fora do lar, que não a limita ao cuidado dos filhos:

Ela nunca teve esse sofrimento de ficar cuidando de filho direto. Ela só vive trabalhando e os meninos ficam por conta da avó deles! aí eu falo que a minha irmã tem mais sorte do que eu, por causa da sogra dela que cuida muito dos netos [Renata].

As mulheres, em sua maioria, são responsáveis em casa por práticas como higiene pessoal e ambiental e ainda assumem a responsabilidade pela saúde de todos os membros da família, principalmente das crianças. Quando estas ocupam-se somente do trabalho doméstico, freqüentemente declaram: "eu não trabalho", o que, no meu entender, está relacionado à invisibilidade e ao pouco valor que a sociedade atribui ao trabalho doméstico não remunerado.

Quando se dividem entre o trabalho fora do lar e os cuidados com o filho, tendo que atendê-lo em suas necessidades, percebo que há um certo inconformismo da mulher com a falta de condições para manter seu trabalho remunerado:

Eu não tenho condições de trabalhar com ele desse jeito; começo a trabalhar, ele adoece e eu tenho que parar para atender. E eu não suporto depender de marido para comprar minhas coisas [Ornela].

Nos hospitais, muitas vezes se acha natural e inquestionável as mulheres mães afastarem-se do trabalho remunerado para cuidarem de seus filhos doentes, seja através de licenças médicas ou através do rompimento das relações trabalhistas. Esse comportamento torna-se diferenciado quando essa atitude envolve o homem pai. Observei, durante todo o trabalho de campo, apenas um único pai acompanhando seu filho, face à impossibilidade da mulher mãe permanecer no hospital por problemas familiares. Notei que durante os primeiros dias de internação todos os trabalhadores da saúde que tinham contato com ele indagavam pela mãe da criança e com o passar dos dias alguns passaram a perguntar se ele não trabalhava, pois ele permaneceu por mais ou menos seis meses no hospital. Por mais que hoje mulheres e homens muitas vezes se equiparem na responsabilidade com a manutenção financeira da família, parece ser natural que a mulher afaste-se do trabalho remunerado e não o homem, num reforço aos papéis sociais estabelecidos, em que cabe à mulher o cuidado com os filhos e ao homem o provimento da família. Não se encara com a mesma postura o fato de o homem propor-se a largar o trabalho, para cuidar do filho.

Historiando sobre o trabalho feminino no Brasil, recorro à Fonseca (1997), que discorre sobre essa condição tomando como base a cidade de Porto Alegre, no final do século XIX e início do século XX, afirmando que essa cidade passava por uma intensa fase de urbanização, quando, a partir de 1890, surgem várias fábricas e os imigrantes europeus, dinamizando a produção, que exigia assim, serviços administrativos e comerciais na capital. A procura pelos homens de melhores condições de emprego, na maioria das vezes, resultava no abandono periódico das mulheres, sendo muito comum o afastamento para o interior do país, por muitos anos. As mulheres, com a saída dos companheiros, abandonadas à própria sorte, tinham como alternativa o trabalho fora do lar; mas isso não estava restrito somente àquelas que viam seu marido ir embora para outras paragens, pois as que também contavam com a presença do marido no lar, muitas vezes eram obrigadas a ajudar no orçamento

doméstico, procurando alguma forma de renda para escapar da miséria que representava a dependência exclusiva do salário masculino, pois mesmo que ele fosse um trabalhador não havia garantia de que ele receberia uma renda regular – havia competição pelos bons empregos e, com isso, a instabilidade no trabalho. Além disso, muitos homens não se preocupavam seriamente com o sustento da casa.

Essa mesma autora afirma que, as mulheres que trabalhavam informalmente nas tarefas caseiras tradicionais corriam menos perigo de assédio sexual, o que era comum nos serviços fora do domicílio, mas as que trabalhavam fora de casa eram acusadas de serem mães relapsas.

A norma era a de que as mulheres deveriam ser resguardadas em casa, para se ocuparem dos afazeres domésticos. Ela lembra ainda que as mulheres sempre trabalharam fora de casa e com a industrialização chegaram a compor mais da metade da força de trabalho em muitas indústrias, principalmente na tecelagem. Nas estatísticas do Rio Grande do Sul, em 1900, aproximadamente 42% da população economicamente ativa era composta de mulheres. Mas apesar da evidência de, em vários casos, a mulher ser o principal sustento econômico da família, o trabalho feminino era apresentado por advogados e até por elas próprias como uma simples maneira de complementar a renda familiar, além de ser ocultado e minimizado como trabalho doméstico e serviços gerais.

Hoje muita coisa mudou na esfera das relações econômicas e sociais, mas a necessidade de complementação do orçamento familiar com o trabalho feminino (assim como de praticamente todos os membros da família) mantém-se e muitas vezes a mulher aparece como principal mantenedora ou única fonte de renda da família.

Dificuldades de competição no mercado de trabalho, aumento de desemprego, perda de conquistas trabalhistas, baixos salários, entre outros processos, fazem parte das condições de trabalho presentes na sociedade atual. Essas condições associadas ao descaso do Estado com outras políticas de apoio social, colocam as famílias, sobretudo as mais pobres, em situações de tensão, que certamente se agravam quando

algun novo fator complicador se apresenta, como a necessidade de afastamento do trabalho remunerado.

Obviamente que mulheres também aspiram participar do mercado de trabalho e ter, com isso, uma certa independência nas suas decisões, ao lado de um novo "status", pela valorização social que se atribui a esse trabalho em comparação com o doméstico. É preciso lembrar que as transformações socioculturais ocorridas sobretudo nas últimas décadas, particularmente no Brasil, visando a maior igualdade entre homens e mulheres, vêm modificando pontos de vista e comportamentos em relação ao trabalho nas duas esferas, pública e privada, ainda que essa nova situação não configure necessariamente rompimento da estrutura hierárquica entre os sexos nas relações familiares, que permanece reforçada pelas várias instituições, inclusive pelo campo médico, como identifiquei.

Vivenciando e suportando o cansaço

Identifiquei que um intenso cansaço encontra-se presente entre as mulheres mães observadas:

Cansada é... cansada de ficar parada num lugar, direto [Gardênia].

Ele aparece associado à rotina da hospitalização, em que as mulheres mães ficam a maior parte do tempo nas enfermarias cuidando exclusivamente de seus filhos e está associado também à falta de repouso durante o período noturno, pois acordam frequentemente para atender aos filhos que solicitam seus cuidados:

À noite você vai descansar e ao mesmo tempo tem que levantar e olhar o nenê, tem que ficar um bom tempo com ele. Aí, você fica de mês em mês, só naquele ritmo; você sente o corpo cansado; você não descansa assim totalmente. Descansa um pouquinho, mas ainda fica bem cansada. Passa muito tempo, a gente fica mais cansada [Gardênia].

Observei que, muitas vezes, ocorre uma interrupção desse repouso noturno em função da execução de cuidados de enfermagem à criança, especialmente quando esta necessita de cuidados especiais.

Esse estado físico pode ser ainda mais penoso, quando associado a outras condições como a presença de uma gravidez, somada à solicitação constante da mulher mãe pelo filho num tempo de permanência prolongada no hospital:

Quando eu cheguei lá, estava de três meses (gravidez). Quando eu saí, eu estava de cinco; mas mesmo assim, tinha dia que a barriga doía e endurecia tudo, porque eu ficava muito com ele no braço. Seria bom se a gente pudesse vir mais, para descansar [Renata].

Percebi na situação acima colocada, que a equipe de enfermagem até dispensava um certo cuidado com essa mulher mãe, devido ao seu estado gestacional, oferecendo-lhe como alternativa um colchonete para o seu melhor conforto. Mas, embora as mulheres mães manifestem esse cansaço, este não é objeto de atenção específica pela equipe/estrutura hospitalar. Observei que para cuidarem de seus filhos as mulheres mães submetem-se ao desconforto, incorporando como sua responsabilidade muitas das demandas noturnas dos filhos.

Esse dado chama atenção para a necessidade de se equipar o hospital com condições apropriadas para o repouso e lazer dessas mulheres mães, assim como para o cuidado em não se transferir a elas tarefas que deveriam ser assumidas pela equipe profissional.

Submetendo-se à longa permanência no hospital

Vejo que as mulheres mães observadas vivenciam e de certo modo aceitam certos desconfortos e conflitos presentes quando de sua permanência no hospital, investindo no cuidado de seus filhos, objetivando a alta com segurança. Parece-me que o tempo de

permanência na instituição, embora manifesto como uma preocupação, em certos momentos torna-se insignificante diante da possibilidade de boa recuperação do filho e quando essa permanência começa a se prolongar, começam a se verem como partes integrantes daquele contexto:

Se fosse para eu sair daqui com ele ruinzinho, não compensava; então, se for para eu demorar, mas desde que ele saia daqui bem sadio, não tem importância ficar 01 mês, 02 ou mais, desde que ele saia daqui bonzinho. Até porque, eu sair com o nenê quase do jeito que ele veio, eu não iria não; eu fico aqui, nem que seja até mais tempo, mas ele tem que ir embora bonzinho. E do jeito que ele vai, eu vou acabar virando sócia do hospital! Porque fica muito tempo no hospital né? dois, três meses; aí elas (as companheiras de enfermaria) queriam dizer, que de tanto tempo que fica aqui, acaba virando sócia do hospital. Eu já estou acostumando com a moradia. Já tem dois meses que eu estou aqui [Gardênia].

Diante do quadro de saúde do filho e da lentidão em sua recuperação, preservam-se de expectativas frustrantes de alta, que observam nas experiências de outras companheiras das enfermarias, lançando mão de certos mecanismos de defesa contra prováveis decepções em relação às altas:

Ou então, na hora que ele fala de dar alta, aí, a criança vai e faz igual o x (outra criança da enfermaria). Ele era para ter alta, mas quando pensaram que não, ele deu aquela recaída de febre e não sei o que e ficou. Então, eu já falo logo: não conta com o ovo antes da galinha botar [Gardênia].

Parece-me que se misturam o desejo de ir embora e o reconhecimento de que a permanência no hospital é fundamental. Ora manifestam o incômodo que vivem, ora a necessidade de sua aceitação, em função da melhora do filho.

Esse achado, bem como os demais apresentados, me levam a questionar o modo tradicional de internação adotado comumente em nossos hospitais. Até que ponto necessariamente, deve-se tratar da criança através da internação? Provavelmente, serviços médicos de base familiar minimizariam situações como as encontradas.

Excluindo outras pessoas da família do cuidado com o filho doente

Collière (1989), ao falar sobre a prática de cuidados correntes, ou seja, todos os cuidados que dão suporte à vida de todos os dias, afirma que essa prática, há milhares de anos, está ligada fundamentalmente às atividades da mulher; sendo que é ela que têm a função social de “tomar conta” (destaque dela) de tudo o que mantém a vida cotidiana, no sentido de garantir ou compensar as funções vitais, como comer, beber, vestir-se, levantar-se, andar e comunicar-se, a partir de conhecimentos, da própria intuição e dos segredos trocados com outros sobre suas práticas. A mulher é quem dá à luz e inicia a vida, parecendo natural que ela tenha sido encarregada de cuidar dessa vida que se originou de si.

Essa estudiosa complementa essa idéia dizendo que, essa prática de cuidados veiculada pelas mulheres influenciou profundamente a história da humanidade, como também todo um conjunto de atitudes, de conceitos e uma aproximação do corpo e da doença.

Durante a internação vi que, o comportamento que associa cuidados diários ao fazer feminino é manifesto com intensidade, de modo tal que encontrei algumas que não permitiam que outras pessoas da família fizessem cuidados rotineiros com seu filho, achando que o seu é mais seguro que o de outras pessoas:

Era uma coisa que só eu cuidava. Eu não confiava em ninguém para poder cuidar dele. Era uma coisa ligada à minha cabeça está entendendo? Se ficar com outro, vai dar problema; então, comigo eu evito [Selma].

Quando o companheiro prontifica-se a permanecer no hospital, algumas se negam a deixar seus filhos sob os seus cuidados:

Ele vem, só que eu mando ele ir embora, eu não confio de deixar ele cuidar dele. Porque eu acho que eu cuido melhor [Selma].

Apesar de hoje as relações familiares, de uma maneira geral, serem outras, em decorrência do novo modo de inserção das mulheres no

mercado de trabalho e das modificações na sociedade de uma maneira global, o lugar do homem pai no cuidado com o filho vem sendo tensionado de algum modo. Mas parece-me que esse processo é bastante inicial, na medida em que ele exige um novo aprendizado familiar e a abertura para a troca no exercício dos vários papéis. Observei que algumas mulheres aparentemente relutam em abrir mão do papel prioritário incorporado no cuidado dos filhos.

Ressalto que percebi que não há uma imposição e nem barreiras formais, por parte da instituição, em relação à participação do homem pai na assistência à criança internada, mas que esses arranjos são realizados pelos casais de acordo com suas necessidades/possibilidades pessoais, que, no meu entender, ainda privilegiam o relacionamento mãe - filho em detrimento da participação do homem pai.

Percebi que a mulher só se sente segura permitindo o cuidado do filho por outros quando este apresenta melhora em seu estado de saúde, com conseqüente alta:

Olha, agora eu já não tenho mais esse tipo de preconceito. Só que naquela época eu achava que eu tinha mais jeito para cuidar dele, inclusive eu passei todo o tempo e não deixava ele (o marido) trocar meu filho. Eu não deixava ninguém dar banho nele; para mim, que ia machucar, aquilo ali ia sangrar, ia me dar problema, aí eu não confiava mesmo [Selma].

A delegação de responsabilidade no cuidado das crianças geralmente ocorre envolvendo avós, mas ainda assim as mulheres mães não ficam tranqüilas; quando vão para casa, conseguem descansar fisicamente mas não emocionalmente, mantendo a preocupação com o estado de saúde de seus filhos:

Para mim, ter vindo esses dois dias para casa não foi descanso nenhum, porque eu não quietava a cabeça, ficava pensando nele o dia inteiro, não dormia direito. Melhor ficar com ele lá mesmo no hospital. Minha mãe ficou com ele, mas mesmo assim eu acho que ele chorou muito! Era melhor eu ficar com ele lá no hospital, do que vir [Renata].

Sentindo-se aprisionadas

A sensação de aprisionamento foi um sentimento bastante expresso pelas mulheres mães durante sua estadia no hospital, relacionado à necessidade identificada de permanecerem continuamente neste, à despeito de outras possibilidades. A demanda do próprio filho é um dos fatores que as levaram a permanecer na instituição.

Perguntei a uma delas como era estar grávida e estar no Hospital com o filho, ao que ela me respondeu:

Não tem diferença nenhuma, é a mesma coisa, mesmo se eu não tivesse grávida seria a mesma coisa. Eu tenho que ficar com ele na marra, estando grávida ou não, cansada ou descansada, eu tenho que ficar. Ele não fica sem mim [Renata].

A amamentação também surgiu como fator de aprisionamento, pois percebi que a mulher mãe se mantém junto ao filho também em função dessa prática, negando-se a investir em outros modos de alimentá-lo, mesmo quando surge a possibilidade de substituição nos cuidados da criança, especialmente com a chegada do companheiro:

Se ele viesse ficar com o nenê, eu não posso sair, porque o nenê mama. Se ele acorda e se não tiver, ele fica chorando; então eu não vou. Aí, presa é nesse ponto [Gardênia].

Com relação à amamentação, Maldonado (1996) observa que esta é um alicerce do bom relacionamento do bebê com o mundo e que através desse ato o bebê poderá experimentar de maneira mais íntima o calor, o toque, o afeto da mãe e que amamentar não é somente uma forma natural e cômoda de alimentar o bebê, mas uma maneira de oportunizar uma ligação mais profunda entre a mãe e o bebê.

Entretanto, essa autora também chama a atenção para o fato de que é importante que não se confunda o conceito de boa mãe com a mãe que amamenta, pois ter o leite é apenas uma das possibilidades de aproximar-

se do bebê e ter um contato mais íntimo com ele e que a relação de amor não se descarta quando o bebê é amamentado na mamadeira.

Ela afirma que a amamentação exclusiva pode suscitar, na mulher que o faz, o medo de tornar-se prisioneira dessa prática, pois quando ela é feita de maneira integral, a mulher precisa fazer muitas e grandes adaptações em seus horários e atividades diárias. Esse medo, contudo, muitas vezes gera culpa e, por conseqüência, uma dificuldade ainda maior da mulher de separar-se de seu filho.

Quando a prática da amamentação esteve presente nas situações por mim observadas, não constatei nenhuma atitude explícita de ajuda da equipe de saúde à essa mulher mãe, para que se liberasse um pouco mais de seu filho, podendo ausentar-se do hospital, uma vez que uma outra forma de oferecer o leite materno à criança poderia ser prevista. Em minha experiência, o fato de se oferecer o leite materno, através de outros meios de maneira esporádica, não promove o desmame precoce e possibilita, à mulher que amamenta, maior amplitude de movimentos. Apesar de elas colocarem-se totalmente à disposição dos filhos, nesse momento que lhes é especial, poderia ser-lhe oferecida aquela possibilidade, para que se sentisse em condições de afastar-se do filho. Entretanto, acredito que essa forma de agir em relação ao problema deveu-se, em parte, ao receio de provocar um conseqüente desmame futuro, e também diante de experiências com relação a práticas incorretas de alimentação artificial que colocam em risco a vida da criança.

A necessidade de se fazer presente durante todos os momentos da internação do filho foi constantemente manifesta, rompida apenas em situações em que a separação era vista como inevitável para o auto cuidado higiênico, mas ainda assim, a mulher mãe previu sua substituição no cuidado do filho:

Porque eu posso até não ser uma boa mãe, mas eu acho assim, eu até para tomar um banho você via que eu trocava, ou com meu marido ou com uma enfermeira eu pedia na hora que elas estavam de folga, para ficar para mim [Selma].

A possibilidade de saídas do ambiente hospitalar, para o lazer, só pode se concretizar para algumas se puderem levar o filho também, o que por vezes é impossível diante da terapia a que seu filho está sendo submetido:

Aqui dentro de Cuiabá eu não conheço nada, eu não saio para canto nenhum; e para eu sair e deixar o nenê eu não vou [Gardênia].

Fica evidente, portanto, através dos dados apresentados acima, um certo “aprisionamento” ao filho, especialmente ligado à sua doença e à necessidade de controlar a situação. O afastamento físico muitas vezes é inviabilizado por elas próprias, mesmo nas situações em que há alguém que se proponha a permanecer com seus filhos; esse afastamento, na maioria das vezes só se concretiza quando não há outra alternativa.

4.2 A família (re)forçando o altruísmo

Mantendo-se ausente

Identifiquei que em algumas situações, a família como um todo e particularmente o pai da criança internada, mesmo quando esperados, mantiveram-se ausentes, gerando novos conflitos às mulheres mães envolvidas, na medida em que sentiam-se desamparadas:

Renata não recebe visitas do marido e nem dos outros familiares. Durante um horário de visitas, noto que ela está inquieta e que repetidas vezes caminha pelo corredor da clínica, parecendo estar esperando por alguém; chega até o posto de enfermagem no final do corredor que dá acesso à clínica e fica olhando as pessoas que passam. Em seguida, entra para o quarto e senta-se na cadeira com o filho no colo; quando uma companheira de quarto lhe pergunta se ela não tinha recebido visitas ela responde negativamente somente com um gesto de cabeça e bastante séria. Há vários dias que vez por

outra ouço comentários, tanto dos profissionais da enfermagem como de outras acompanhantes, sobre a ausência de pessoas de sua família e marido para visitá-la (N.O).

Em relação à ausência do companheiro, Renata expressa, ao mesmo tempo, críticas e justificativas ao seu comportamento:

Ele falava que estava sem dinheiro para ir, mas não era nada disso não, era porque ele não gostava nem de ir lá ver o menino, ele doente daquele jeito; não sei se ele ficava triste de ver ele assim, muito doente. Não tinha esperança que ia sarar. Ele foi muito pouco lá ver ele. E nos finais de semana era mais difícil ainda, aí é que ele não ia mesmol quando ele chegava de ir, ele ia na parte da manhã e ficava até o horário de visita, depois ele vinha embora. E eu queria que ele fosse pelo menos duas vezes na semana. Tinha vez que ele falava que ia e não dava certo de ir, aí, eu ficava zangada, porque ele não ia nem para ver o meu filhol ele ia era para casa da minha irmã, para casa dos outros [Renata].

Com relação à ausência dos companheiros, algumas apresentam a justificativa clássica de que o trabalho o impede de comparecer ao hospital:

Não, ele não pode, porque ele trabalha [Gardênia].

Ele não pode vir, sabe porque? Porque ele está capando os bois. Então ele não pode largar os bois lá sozinhos para vir ficar com ela, então é por isso que ele não pode vir [Teresa].

Meu marido só vem à noite, para pegar as roupas sujas para lavar, quando tem roupas sujas; pois ele trabalha o dia inteiro [Ornela].

Ao mesmo tempo que as entrevistadas justificam tais comportamentos dessa forma, também identifiquei a crítica à atitude de descompromisso do companheiro, como na fala abaixo:

Final de semana eu sempre pedia para ele vir ficar com o nenê, pelo menos no final de semana, mas ele nunca quis. Sábado ele chega 12 horas do serviço, então podia vir para ficar com o nenê, sábado e domingo; pelo menos no domingo, o dia inteiro, dava para eu ir em casa, cuidar do serviço e descansar um pouco. Mas ele nunca quis. E não é de hoje que o nenê fica internado não; é

bom que eu não vou mais ter filho desse jeito; para a responsabilidade cair toda nas minhas costas? Não dá [Ornela].

Notei um certo distanciamento dos pais em relação aos cuidados com o filho no período de internação, o que parece não ser incomum. Em experiências anteriores e em recente estudo que fiz identifiquei que, em muitos casos, as visitas de familiares (pais e outros) foram freqüentes durante os primeiros dias da internação e diminuíram conforme o tempo, até que se tornaram escassas e às vezes inexistentes. Nesse estudo, o contato da mulher com seus familiares só ocorreu após sua insistente procura, culminando com o seu deslocamento para as residências e não de sua família ao hospital (Silva, 1997).

Serrurier (1993) faz uma observação sobre a solidão que as mães podem sentir ao cuidarem dos filhos doentes, dizendo que, muito embora os novos pais já tenham revelado do que são capazes, estes ainda se mostram impotentes no partilhamento dos cuidados com o filho, na divisão verdadeira e profunda das tarefas esgotantes. Mesmo que a mãe trabalhe fora e o companheiro preocupe-se em dividir certas tarefas, a mulher mãe ainda pode se sentir muito só, perante as responsabilidades sociais de nutridora e educadora que lhe são atribuídas, fazendo parte de seu universo psico-emocional.

Sobre a participação dos pais na maternagem, Badinter (1986) afirma que há mais ou menos quinze anos a linha que separa a maternidade da paternidade têm-se apagado pouco a pouco, na maioria das sociedades ocidentais. O homem começa a aprender o que significa ser pai, fazendo para os filhos o que as mulheres fizeram no decorrer dos tempos. No campo científico, cresce o interesse "pelos novos pais" (destaque da autora); há cerca de vinte anos estes eram uma espécie inexistente aos olhos dos especialistas em comportamento e, hoje, nos Estados Unidos e em outros países ocidentais, pesquisas sobre a paternidade têm questionado os postulados referentes a supostas diferenças entre pais e mães, com relação à capacidade de tratarem os filhos. Esse postulado, inclusive, vem desaparecendo dos manuais de

puericultura destinados ao grande público, alcançando nos últimos dez anos uma evolução considerável.

Essa mesma autora diz que na área de comportamento vários pais já adotam filhos sozinhos e que em mais da metade dos estados americanos a fotografia e os jornais exaltam os contatos físicos entre pais e bebês. Porém, lembra que esse comportamento tem sido assumido pela minoria e que serão necessárias várias gerações para que se realize uma revolução dos costumes.

Quando a família não comparece no hospital, seja para visitas ou para partilhar esse momento, mulheres mães expressam seu sofrimento e solidão, como identifiquei com Ornela e Renata:

Eu estou sofrendo nesse hospitall [Ornela].

Em entrevista, ela me explica como era esse sofrimento:

É mais abandono de família. Você vê quanto tempo eu fiquei com o nenê no hospital e meus parentes, minha família, minhas irmãs, nem vinham aqui. A minha família é grande; com tanta gente lá, podia me dar uma força, ficar pelo menos um dia com o nenê para eu ir em casa. Ninguém me procurou, ninguém se importou, mais é isso que dá tristeza; a gente já fica em um lugar desse, fica contando com o horário de visita para chegar alguém e de repente não vem ninguém, dá uma tristeza tão grande na gente. Meu filho desde que nasceu, fica mais no hospital do que em casa e toda vez sou eu que fico, sozinha [Ornela].

Os parentes, que a gente considera tanto, chega na hora da doença, todo mundo cai fora. Eles são pessoas assim que quando está todo mundo sadio, eles estão aí de cima, mas quando adocece, não quer saber da gente [Renata].

Se há as que se revoltam pela solidão no cuidado do filho, há também aquelas que justificam o fato de não poderem contar com ninguém:

E ninguém pode ficar para mim. Minha mãe está com a outra menina, minhas irmãs estão tudo de nenê novo também, até que o nenê de uma irmã veio a falecer [Teresa].

Não só manifestam a ausência da família no cuidado do filho internado, mas também o abandono que sentem pela falta de visitas. Percebi que querem visitas para si mesmas e não para seus filhos; quando estas não acontecem, anseiam por um contato telefônico, que quando inexistente, provoca-lhes uma certa ansiedade:

Os únicos que foram me ver, que eu lembro foi minha mãe que foi uma vez, minha avó que foi duas vezes, minha tia que sempre ia, mas quando ela tinha retorno (no hospital) mas tinha mais gente que podia ir me ver mais vezes. Lá, passava até duas semanas sem ninguém ir me ver. Parente meu mesmo que era para ir, esse menino ficou tão ruim, e eles não foram me ver não. Aí, eu ficava muito ansiosa, o telefone às vezes tocava, e eu achava que era para mim e ficava lá, observando [Renata].

Com relação às visitas dos familiares na unidade pediátrica percebo uma certa flexibilidade no que tange aos horários, abrindo-se essa possibilidade até mesmo no período noturno, mediante a solicitação das mulheres mães e autorização das(os) enfermeiras(os). Mas essa alternativa não se constitui em rotina na clínica.

Entendo que a maneira como se organiza a assistência à criança também proporciona esse distanciamento familiar. Apesar de algumas vezes os profissionais de saúde discursarem sobre a importância da família na recuperação da criança doente, na prática diária, normalmente a mãe é o familiar considerado significativo, negando-se de algum modo, a participação de outros componentes. Entendo, diante disso, que a abordagem assistencial utilizada na instituição em foco ainda é totalmente centrada na criança.

Elsen & Patrício (1989), ao falarem sobre as abordagens de assistência à criança hospitalizada, destacam três tipos:

a) A centrada na patologia da criança – Caracterizando-se por ter como foco de assistência a criança portadora de uma determinada patologia, sinal ou sintoma que necessita de cuidados profissionais, em que a prática pediátrica fundamenta-se no diagnóstico e cura da doença.

b) A centrada na criança – Em que o foco de assistência é a criança em sua unidade bio - psico - espiritual, onde se dá ênfase na identificação

de suas características individuais, no seu estágio de crescimento e desenvolvimento e seus hábitos e costumes. Geralmente a mãe ou pessoa mais próxima é a que é solicitada a fornecer dados que auxiliem no melhor conhecimento desses aspectos. A internação é considerada como evento estressante e a equipe, além de incentivar a permanência de acompanhantes na unidade, incentiva-os na participação dos cuidados. A equipe procura transmitir conhecimentos para que a criança, de volta ao lar, seja melhor cuidada. As autoras citam como vantagens dessa modalidade o ambiente mais descontraído, o relacionamento mais integrado entre criança e equipe, a participação mais ativa da criança e família na assistência, menos agravos psíquicos e distúrbios de crescimento e desenvolvimento, prevenção das reinternações e a menor alteração na vida da criança.

c) A centrada na criança e família - Cujas abordagens são mais recentes e menos encontradas nas instituições hospitalares, onde a saúde é vista como complexa e resultante da interação de fatores biopsíquicos, socioculturais, econômicos e ecológicos. A internação, além de agravo psicológico à criança, é também vista como trauma possível à família, que necessita do apoio da equipe de saúde. Essa abordagem dá ênfase à continuidade da assistência no domicílio e, nesse caso, é necessária a produção de uma equipe de profissionais com visão e treinamento em saúde comunitária. A família ocupa posição central nessa abordagem, estimulada como a unidade básica dos cuidados à saúde de seus membros. As decisões são tomadas por todos os membros e a responsabilidade igualmente assumida (pela equipe e família).

Como vantagens da abordagem centrada na família, as autoras referidas anteriormente citam: maior envolvimento da criança e família nas questões de saúde; aprendizagem continuada; maior compromisso familiar; relacionamento equipe família mais democrático; divisão de responsabilidades; ampliação da assistência do meio hospitalar para a comunidade e maior probabilidade de diminuir a necessidade de cuidados hospitalares.

Com relação aos problemas decorrentes dessa abordagem, elas mencionam, entre outros: a recusa de famílias em assumir seu próprio cuidado em saúde; insuficiência de recursos familiares ou da comunidade para desenvolvimento do plano assistencial; maior custo para a instituição e a necessidade de pessoal treinado para trabalhar com a família, no espaço intra e extra – hospitalar.

Além de a forma como se organiza a assistência na instituição observada não promover a participação familiar, a própria maneira como se estruturam as famílias pode não favorecer comportamentos de ajuda mútua e carinho entre seus componentes, no apoio ao filho doente.

É necessário lembrar que a maioria das participantes deste estudo é oriunda de Cuiabá, mas não se pode esquecer que, com relação à estrutura hospitalar, nossa cidade é referência para outras localidades do Estado e fora dele. Grande parte da clientela atendida provem de zonas distantes, principalmente do extremo norte de Mato Grosso, ficando os familiares impossibilitados, por diversas razões, de comparecerem ao hospital.

Assim, não só a estrutura interna ao hospital favorece ou dificulta uma abordagem centrada na família, mas também a possibilidade ou não que esta tem de participar diretamente da assistência/internação.

Apesar de as mulheres mães, por vezes, justificarem a ausência da família no ambiente hospitalar, vejo que elas não aceitam passivamente a condição de isolamento a que estão submetidas.

4.3 Práticas de controle institucional sobre o exercício do altruísmo

A instituição a destitui de sua identidade de sujeito, reforçando sua identidade de mãe

Apesar de que acima ou ao lado dos leitos das crianças encontre-se uma plaqueta com espaço para os nomes das crianças e suas mães, freqüentemente as mães são identificadas a partir da identidade do filho, tanto nas chamadas telefônicas, quando os trabalhadores da enfermagem pedem para que se falem os nomes das crianças para que as mães sejam identificadas/localizadas, quanto nas conversas entre a equipe, quando querem chamá-las para participarem de algo:

O bebê está chorando; entra uma trabalhadora da enfermagem que me pergunta sobre a mãe da criança, em seguida, sai pelos corredores chamando alto: Mãe de x! mãe de x! [N.O].

Esse comportamento repete-se por várias vezes:

Quando não encontram as mulheres mães que solicitam chamam-nas pelos nomes das crianças e todos que por ali transitam, param para ouvi-las e às vezes até ajudam a localizá-la: “mãe de Y! mãe de Y!” A “mãe de Y”, já tem dois meses que está no hospital e ainda é chamada dessa forma [N. O].

Vejo que as mulheres em situação de internação conjunta são identificadas a partir do nome de seus filhos. Perguntei-me sobre o que havia embutido nessa forma de nomeá-las. Indaguei a uma trabalhadora de enfermagem por que a chamava dessa maneira e ela me respondeu ser um costume, que às vezes elas até sabiam o nome das mulheres e que em situações de pouca permanência das mulheres no setor ainda não sabiam os seus nomes. Notei em observações posteriores que mesmo com algum tempo de permanência na unidade, trabalhadores da

enfermagem continuam a chamá-las daquela forma. Uma outra trabalhadora da enfermagem disse-me que chamava as mães pelo nome dos filhos pelo fato de que sua atenção era voltada para a criança e que quase não se lembrava da mãe no dia a dia.

Esse comportamento leva-me a pensar que, na internação conjunta, a função materna evidencia-se em relação ao sujeito mulher, em detrimento de suas outras identidades que parecem estarem perdidas ou sufocadas. Essa postura articula-se ao processo histórico de construção da maternidade na sociedade, em que se define como valor supremo o ser mãe, função atribuída à mulher; ao momento vivido de maior demanda da criança por atenção e cuidado materno; à própria dinâmica da clínica pediátrica/sistema de internação conjunta, que fortalece a função materna em detrimento do sujeito em sua integralidade.

Apresentando obstáculos à saída da mulher mãe do hospital

As pressões dos profissionais não se direcionam somente à participação da mulher nos cuidados com o filho, mas também a sua permanência junto a ele, restringindo-se as suas saídas do hospital e sua iniciativa de andar pelos corredores da instituição. A qualquer tentativa de distanciamento da mãe de seu filho notei resistência na liberação desta, manifesta por uma das mulheres mães:

Para você conseguir uma autorização da enfermeira x, (para passar a noite fora) tem que ser uma coisa justíssima [Selma].

De forma sutil, uma trabalhadora da enfermagem faz uma das mulheres retornar ao hospital, abrindo mão de outras atividades que poderia desenvolver fora deste, que provavelmente lhe trariam um certo bem-estar. O filho dessa mulher, estava apresentando quadro estável, que no meu entender não justificava a sua presença ininterrupta. Além disso, entendo que a enfermagem, bem como toda a equipe de saúde hospitalar, tem como seu dever cuidar dos pacientes que estão sob sua

responsabilidade, independentemente da presença ou ausência da mãe/familiares ao lado de seus filhos:

Teresa solicita minha autorização para ir para a casa de parentes à noite, em um bairro da periferia da cidade, justificando que quer descansar; peço à ela que espere os trabalhadores da enfermagem do turno seguinte chegarem, para que ela entre em contato com eles, informando-os sobre sua saída e combinando os acertos necessários para que os cuidados com a criança fossem melhor distribuídos, haja visto que elas assumem todos os cuidados básicos com seus filhos. Ela concorda com minha observação e diz que falará com o profissional de enfermagem responsável pelo próximo turno que chega em seguida. Ao término do período, ao sair do hospital, encontro-a nas proximidades deste, indo em direção ao ponto de ônibus. Ao chegar na manhã seguinte, penso que não a encontraria na enfermaria, mas encontro-a nos fundos da mesma, conversando com uma colega de quarto [N.O].

Em entrevista ela me diz:

Foi que eu fiquei preocupada porque eu conversei com a x (trabalhadora da enfermagem) aí ela falou: "olha Teresa, é melhor você ir de dia, porque se você sair à noite, é mais perigoso. Ela precisa de você mais à noite do que de dia, então, de dia você pode ir, pode ficar despreocupada. Deixa para você ir de dia, porque você tem mais tempo para descansar, passar por lá. De dia, nós cuidamos dela, e de noite é mais difícil!" Aí eu falei: "Aí x, mas eu vou!" aí ela disse: "depois, se acontecer alguma coisa, não vai botar a culpa em nós não!" Aí, quando eu cheguei lá na esquina, eu fiquei pensando: não sabia se eu ia para a frente ou se voltava para trás, aí eu resolvi voltar para trás. Eu fiquei preocupada [Teresa].

O exercício do poder profissional aparece claramente nessas situações. Machado (1992) estimula-nos a perceber que os poderes em cada sociedade são exercidos através das diversas instituições, chamando a atenção para o papel destas no reforço ao desempenho de certos papéis sociais.

Nas situações apresentadas acima, observo tanto a dificuldade que a mãe encontra para apresentar a equipe as suas necessidades, quanto a pouca permeabilidade desta a suas demandas. De acordo com o papel que se espera que a mãe desempenhe, são lhe feitas exigências, às quais muitas encontram uma certa dificuldade de se contrapor.

D' Oliveira (1996), ao falar sobre o poder apoiada em Foucault (1995), afirma que o poder expressa-se nas relações cotidianas, sendo exercido por "uns" sobre os "outros", configurando uma micropolítica. O poder não se possui, mas se exerce. Ele se estrutura em uma rede onde se encontram pontos de resistência e submissão. O poder é uma ação sobre a ação, no sentido de manipular a ação do outro ou seu campo de opções.

Foucault (1998), ao falar sobre o poder, refere que este deve ser analisado como algo que circula, ou seja, como algo que só funciona em cadeia, exercendo-se em redes, e que nas malhas dessas redes os indivíduos não só circulam mas encontram-se também em posição de exercer esse poder, sendo sempre centros de transmissão. O poder, para ele, não se aplica aos indivíduos, ele passa por eles, sendo que o indivíduo não é o outro do poder, ele é um dos seus primeiros efeitos.

A pressão social para que a mãe permaneça ininterruptamente ao lado do filho, exercida através da instituição, que na maioria das vezes nem mesmo identifica a sua participação nesse processo de controle, gera ansiedade extrema à mulher mãe. Dependendo do tempo de permanência, que varia muito e pode chegar a meses, essa exigência chega a ser desumana:

As meninas (trabalhadoras da enfermagem) ficavam pegando muito no meu pé, falando que não era para eu sair para fora. Me dava aquele nervoso! Tinha hora que dava vontade de sumir no mundo, desaparecer [Teresa].

Os ideais sobre a maternidade evidenciam características afetivas e sentimentais, tornando-a uma tarefa complicada. Enfatizam-se aspectos afetivos, inclusive no que tange ao sentimento de amor constante pelo

bebê, de sua proteção em todos os momentos e com ternura, exigindo-se sobretudo da mulher que o compreenda e que responda de maneira conveniente a suas necessidades.

À mãe cabe fazer o filho parar de chorar, mantendo-o satisfeito. A insistência numa boa relação mãe - filho pode torná-la ainda mais difícil. As mães são as pessoas que passam a maior parte do tempo com os filhos e por mais romântica que a maternidade lhes possa ter parecido antes que os filhos nasçam, ela acaba se revelando também como um trabalho penoso, que gera irritação em contraposição à sensação de plenitude e satisfação (Kitzinger, 1978).

Esse trabalho pode ser penoso quando a criança está saudável e em casa com sua mãe e ainda mais em situação em que os filhos encontrem-se doentes, em ambiente estranho ao seu meio, quando as mães sofrem pressões para que se comportem de acordo com o padrão materno esperado.

Schmitz (1989) lembra que o cansaço da mãe, aliado a suas necessidades físicas e sociais não atendidas, pode estimular problemas em suas relações com o filho e equipe e que é necessário que se faça o balanço entre participação e descanso da mãe, a ser estimulado mesmo quando estas não desejam distanciar-se dos cuidados com o filho. Como sugestão, essa estudiosa aponta a oferta de locais nos quais a mãe possa retirar-se para descansar e para o lazer, no sentido de que ela não se sinta prisioneira de uma rotina inteiramente dedicada à criança.

O mecanismo de controle da Instituição sobre as mães também estende-se ao fato de supostamente andarem muito pelos corredores:

Teve dia que elas até proibiram a gente de sair com os meninos lá para fora. Por causa que as mães estavam andando muito no corredor, mas não eram todas. Por causa de uma o resto ia pagar? tem que chamar a atenção é de quem estava lá, que era a mãe de outra criança. Aí a x (trabalhadora de enfermagem) zangou e não deixou mais ninguém sair. Aí, a x falou que não era para ninguém sair mais nem para fora, que ia ficar todo mundo de castigo por causa que estavam tudo saindo para o corredor, mas não adiantou, foi logo ela cortou isso aí também [Renata].

Por vezes, quando os trabalhadores de enfermagem não conseguem fazer com que essa mãe permaneça com seu filho, solicitam reforço do serviço social, chegando até a vigilância constante das mulheres mães que estão com crianças sob cuidados especiais:

A enfermeira falou para a assistente social e ela me chamou a atenção; ela (trabalhadora do serviço social) pediu que não era para eu largar a minha filha sozinha. Naquele dia, a minha filha estava no oxigênio, aí ela (a trabalhadora do serviço social) falou que eu não podia deixar a minha filha sozinha porque uma hora era perigoso ela enroscar a mão e derrubar o capacete (Teresa).

Quando, por ventura, a mãe expressa seu desejo de ir embora, devido ao cansaço e ao longo tempo de permanência no ambiente hospitalar (afinal, meses não são dias), a equipe solicita reforço para que essa mãe permaneça com seu filho, sem maiores problemas. Sobre esse reforço através do profissional da psicologia, uma mãe refere:

Tinha hora que dava vontade de ir embora, largar tudo, largar até a minha própria filha aí e ir embora. Então ele falou que eu estava precisando era de uns conselhos, umas conversas para desabafar e que outra hora ia conversar mais comigo; mas logo eu fui embora [Teresa].

Parece-me que só os sentimentos positivos das mães podem ser confessados. Culturalmente, espera-se de todos que tenham bons sentimentos e isso é intensamente cobrado das mulheres mães.

Para os trabalhadores, a atitude de deixar o filho na enfermaria, querer ir para casa, muitas vezes, não é um comportamento considerado normal e sim patológico; talvez por não admitirem que “mães” possam ter esses comportamentos/sentimentos e talvez por estarem concentrando fortemente a atenção nas crianças, tentando protegê-las de um comportamento considerado socialmente inadequado.

A perspectiva de poder apresentada por Foucault, a que nos referimos anteriormente, chama a atenção para o fato de que nem sempre o poder exercido pelos envolvidos numa relação apresenta-se de

modo explícito, referindo-se a dois pólos extremos, o de um que exerce o poder e o de outro que à ele se submete.

Assim, é preciso lembrar que a mulher em situação de internação conjunta não se submete passiva e integralmente às imposições da instituição sobre ela, buscando mecanismos para exercer também a sua vontade e individualidade. À despeito das cobranças recebidas, vejo que algumas encontram espaço para descansar e investir em si mesmas como mulheres:

Nas várias vezes em que cruzei o corredor que liga as enfermarias, notei que Teresa permanecia pouco tempo ao lado da criança, e que nas vezes em que ela não estava ao lado do seu filho, não consegui encontrá-la; somente uma vez que pude vê-la em uma outra enfermaria, retocando a maquiagem (batom) e arrumando os cabelos. A criança está deitada no leito, no hood, mas com um quadro respiratório estável, não apresentando sinais aparentes de insuficiência respiratória. Está higienizada e seu leito está limpo e organizado [N.O].

Percebo que conhecer e se tornar conhecida também é uma das estratégias utilizadas para quebrar os esquemas e as normas impostas pelo hospital. Notei durante o tempo que permaneci em campo que uma das mulheres buscava desenvolver um relacionamento mais próximo com todos os trabalhadores com quem tinha contato. O significado dessa conduta foi por ela explicado:

Eu fico assim: vou lá na guarita, converso um pouco com os guardas, quando o nenê está dormindo uma horinha. Porque quando eu cheguei, eu não tinha conhecimento com ninguém, aí depois, eu fui pegando amizade com as meninas (trabalhadoras de enfermagem), com os médicos, depois fui pegando amizade com os guardas. Porque quando eu fiquei em outro hospital meu pai havia falado para mim que a primeira coisa que eu tinha que fazer era pegar amizade com os médicos, com as enfermeiras e principalmente com os guardas, porque eles é que fazem esse negócio de portaria, essas coisas. Aí, um dia eu estava falando para as meninas (companheiras de enfermaria) elas falam direto dos guardas, que os guardas são isso, são aquilo; aí eu faiei: olha já vão fazer dois meses que eu estou aqui e bem dizer, eu nunca tive nenhuma discussão com guarda, porque eu converso

com eles numa boa, eu tenho amizade com eles, eu nunca tive nada para poder falar que eles são ruins! Porque eu não faço nada que possa fazer eles ficar com raiva [Gardênia].

Uma situação em que se pode observar o exercício do poder disciplinador no hospital, refere-se à de cobrança para que a mãe permaneça o tempo todo ao lado da criança e que tenha contatos físicos freqüentes com esta.

Mas, por vezes, o distanciamento do próprio filho é interpretado pela mãe como a atitude mais apropriada a ser tomada:

Quando ela estava com o capacetinho na cabeça, o médico falava para mim que não era para eu pegar ela, que era para eu deixar ela mais na cama, para ver se ela recuperava mais o oxigênio, para sair logo do hospital. É por isso que eu não pegava ela [Teresa].

Nessa situação, um dos motivos pelo qual a mãe não colocava o filho no colo era o de seguir as recomendações da terapia médica. Deve-se lembrar que cada situação é também única e a reação de afastamento e a aparente indiferença da mãe não significa necessariamente desatenção para com o filho, podendo revelar-se como uma estratégia de cuidado.

Além disso, penso que se deve levar em consideração o tempo de permanência dessas mulheres nas unidades de internação e a convivência que têm com um ambiente que geralmente é deprimente e estressante.

Embora o comportamento dessa mãe, a que fiz menção por último, distoasse do comportamento de todas as outras, que permaneciam em tempo integral ao lado dos filhos, quando seu filho respondeu à terapia, percebi que ela se propôs a ter maior contato físico com ele, não se limitando à permanência na enfermaria, indo aos arredores do hospital, onde o levava para tomar sol.

A cobrança da permanência constante das mães com seus filhos, feitas pelos profissionais da enfermagem, tornou-se ainda mais clara diante da seguinte observação:

***Ao cruzarmos a primeira quadra do hospital encontramos Teresa, indo em direção ao hospital. Os trabalhadores comentam: "Olha só essa mãe, o que ela está procurando por aqui! Em vez de ficar cuidando da filha dela fica batendo perna por aí (fala uma trabalhadora). Para bater perna ela pode deixar a criança, mas para ir comer no refeitório ela não pode (fala outra trabalhadora) Hoje a x deixou ela de castigo com fome, porque ela não quis ir comer no refeitório por causa da criança; queria que nós pedíssemos comida para ela lá na enfermaria, mas a x falou que não, se ela pode deixar a criança lá para ficar andando à toa, ela pode ir para o refeitório também. Ela não pára na enfermaria, só fica andando! Deixa a criança sozinha o tempo todo (fala outra trabalhadora da enfermagem)"*[N.O].**

Noto que as mulheres mães que não se enquadram nos esquemas e interpretações acerca do exercício da maternidade, assumindo suas próprias posições publicamente, são duramente discriminadas e castigadas, na medida em que alguns trabalhadores de saúde da instituição tentam, através de mecanismos disciplinadores (como deixar uma mãe sem comer), enquadrar a desviante, punindo-a por não obedecer à regra.

A esse respeito Foucault (1996) fala sobre a sanção normalizadora como um dos instrumentos do poder disciplinar, afirmando que através da disciplina estabelecem-se punições e que na essência de todos os sistemas disciplinares funciona um pequeno mecanismo penal. As disciplinas estabelecem uma infra penalidade, quadriculam um espaço deixado vazio pelas leis. Ao mesmo tempo é utilizada, à título de punição, toda uma série de processos sutis, que vão do castigo físico leve a privações ligeiras e pequenas humilhações. A disciplina traz consigo uma maneira específica de punir; o que pertence à penalidade disciplinar é a inobservância, tudo o que está inadequado à regra, tudo o que se afasta dela, os desvios. O castigo disciplinar tem a função de reduzir os desvios, deve ser essencialmente corretivo (não tanto punitivo).

A disciplina é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo; pode ficar a cargo seja de instituições especializadas, seja de instituições

que dela se servem como instrumento essencial para um fim determinado, seja de instâncias preexistentes que nela encontram maneira de reforçar ou de reorganizar seus mecanismos internos de poder. Para Foucaut (1996), o olhar hierárquico, a sanção normalizadora, o exame, são instrumentos simples do poder disciplinar.

O olhar hierárquico é concretizado na instituição através de processos como os que observamos, particularmente na forma de supervisão que a equipe de enfermagem direciona às mães que acompanham seus filhos em pediatria. Esse olhar, através do qual se faz a supervisão e controle das atitudes das mães nas enfermarias, é um dispositivo disciplinar, pelos seus efeitos de esquadramento de seus corpos, através da indução de determinados comportamentos e produção de saberes.

Atribuindo tarefas à mulher mãe

No sistema de internação conjunta observado, as mães passam por um período inicial de aprendizagem relativa aos cuidados com o filho internado, realizando cuidados básicos como higiene corporal e a oferta da dieta.

A proposta de internação conjunta do hospital em questão prevê a participação de um familiar significativo (o qual, na maioria das vezes é a mãe da criança) na assistência, intencionando a atenção integral à criança, identificando esse familiar como parceiro na recuperação da criança, na prevenção de maiores danos psicológicos decorrentes das situações traumáticas a que a criança se submete no processo de internação.

Pareceu-me, entretanto, que os trabalhadores da enfermagem, muitas vezes, delegam e distanciam-se dos cuidados básicos à criança, responsabilizando a mãe por eles. Quando ela não estava presente, foi mais fácil procurá-la que fazer os cuidados básicos pelos quais o trabalhador de enfermagem é o principal responsável. Por vezes,

identifiquei a clara e abusiva utilização da mão de obra materna pela equipe:

O filho de Renata está chorando; quando vou entrando na enfermaria um adolescente que também é paciente chama minha atenção apontando a presença de fezes no chão, no local exato em que iria passar e identifico que os excrementos são da criança que está chorando; solicito à trabalhadora da limpeza, que limpe o chão (estava nas proximidades da enfermaria); neste momento, chega uma trabalhadora da enfermagem que é responsável pelos cuidados das crianças dessa enfermaria, peço-lhe então que limpe a criança; ela se vira para mim e pergunta onde estava a mãe da criança e se põe a procurá-la, saindo em direção ao posto de enfermagem perguntando aos outros colegas se sabiam onde se encontrava a mãe daquela criança; uma de suas colegas lhe responde que a mãe da criança havia ido se consultar. Minutos depois, a trabalhadora da enfermagem grita em direção ao corredor externo à enfermaria: "Corre! Anda rápido" Me aproximo da entrada e vejo a mãe da criança a passos rápidos, quase que a correr à se aproximar da enfermaria. Quando ela chega, a trabalhadora da enfermagem diz: "É para limpar seu nenê, ele fez cocô!" a mãe se dirige para a enfermaria, e se põe a limpar a criança [N.O].

Essa situação, interpretada como "normal", é expressa claramente pelas mulheres mães, que incorporaram os cuidados básicos como uma responsabilidade sua, embora sugeriram a falta de apoio para tal:

Em casa não, tem um para me ajudar, me ajuda, aqui é diretão. É só a mãe! [Gardênia]

Identifiquei que o corpo de trabalhadores de enfermagem do local incorporou tal prática à sua rotina, negando-se até mesmo a observar a veracidade das informações fornecidas pelas mães:

No posto de enfermagem chega uma trabalhadora da enfermagem, senta-se na cadeira com algumas papeletas. Em seguida chegam 04 mulheres mães e a

trabalhadora se põe a perguntar à elas sobre a aceitação alimentar e eliminações das crianças, fazendo as referidas anotações, quando termina, pede à uma delas que chame as outras companheiras que estão nas enfermarias (usando os nomes das crianças), sucedendo o interrogatório [N.O].

A atribuição de tarefas às mulheres mães também aparece relacionada a problemas administrativos, pois notei que estas são estimuladas a resolverem problemas relacionados a atrasos de dietas dos filhos e de reposição de materiais de uso diário das crianças nas enfermarias:

Teresa chega ao posto de enfermagem e pede ao trabalhador da enfermagem que lhe arrumasse uma fita adesiva para pregar a fralda de seu bebê. Ele, que até aquele momento estava conversando calmamente com outra colega, dirige-se à ela, pegando no dorso de sua mão e diz: "Ah! Querida! Agora não posso, pede para as meninas que fazem os cuidados! Agora eu estou indo fazer uma medicação, fica para a próxima". Ao terminar de falar com Teresa, ele se põe a conversar novamente com sua colega. Em seguida ela dirige-se à outra trabalhadora da enfermagem e lhe pede para arrumar a fita para ela e esta lhe responde: "Eu estou indo fazer cuidados com outros pacientes, depois que eu terminar, eu pego" Teresa, então diz: "Ah, meu Deus! Cada um mais ocupado que o outro"! Teresa sai para a enfermaria, sem a fita que requisitou, retornando logo após e neste momento, outra trabalhadora da enfermagem vai chegando ao posto; Teresa então, dirige-se à ela e diz: "Dá para você pedir a sopa para minha filha? Não veio e ela está com fome!" a trabalhadora lhe responde: "Aproveita que a funcionária da nutrição está aí e pede para ela! Olha ela lá!" Teresa dirige-se à trabalhadora da nutrição e lhe solicita a refeição para sua filha [N.O].

O que notei, também, é que as mulheres mães não percebem, na maioria das vezes, que essas atividades não são de sua competência:

O que eu quis dizer é que estava todo mundo ocupado e não poderia me servir naquela hora, ela não podia fazer nada, ela não podia pedir para mim a sopa [Teresa].

Pois bem, a função auxiliar da mulher mãe é estimulada e valorizada por todos os agentes institucionais e tolerada pelas próprias mães e parece-me que algumas, com o passar do tempo, acostumam-se à rotina dos trabalhadores da enfermagem, ajudando-os em pequenos procedimentos como o de buscar materiais no posto de enfermagem e na contenção de outros pacientes para punção venosa. Esse comportamento parece ser valorizado pelos trabalhadores da enfermagem, na medida em que dizem, em relação a uma das mulheres mães, que ela “iria sair quase auxiliar de enfermagem”, pelo fato de ajudá-las até mesmo nos cuidados com outros pacientes.

Obviamente que o apoio mútuo é importante na condução da assistência às crianças. Algumas mulheres mães sentem-se importantes e valorizadas quando são estimuladas a participarem dos cuidados assistenciais. O problema apresenta-se quando isso se torna uma exigência à elas, constituindo-se em troca de responsabilidades.

Oferecendo condições precárias de repouso

Apesar da presença do familiar adequar-se ao projeto proposto de assistência integral à criança, a sua permanência na enfermaria não é acompanhada das condições físicas adequadas:

Elas não possuem local privativo para repouso e dormem nas enfermarias das crianças de maneira desconfortável, no chão ao lado de seus filhos, em pequenos colchonetes, ou no chão forrado com lençóis, ou até mesmo nas cadeiras de fio [N.O].

Por serem acompanhantes e participantes ativas nos cuidados às crianças internadas, os familiares têm direito assegurado pela legislação, no Estatuto da Criança e do Adolescente, que em seu artigo 12 afirma que todos os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão, no caso

de hospitalização de crianças e adolescentes, proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável (Brasil, 1991). Estão implícitas, nessa formulação, as condições de conforto material para que os familiares possam permanecer na instituição assistencial.

Percebo, entretanto, que essas condições não lhes são proporcionadas adequadamente:

Nós dormimos é nos colchõezinhos dos berços, quando não estão sendo ocupados, nas cadeiras e no chão, forrado com lençol. Na cadeira, eu durmo só à tarde e bom não é; e no chão com lençol, também bom não é. Agora, no colchãozinho, até que ainda dá para levar; mas mesmo assim, não é tão bom assim, para dizer que é bom. Mas não tem outro jeito, o duro é que tem que agüentar. Agora, no chão e na cadeira, é pior ainda. Com colchão, você releva, mas na cadeira e no chão com lençol, aí é meio pesado [Gardênia].

Percebo, de maneira clara, que as condições de repouso oferecidas são precárias, mesmo quando o tempo de permanência é prolongado, sendo essa situação "pouco confortável", tornando-se inclusive mais uma fonte geradora de ansiedade:

Graças à Deus já estou indo embora. Não agüento mais essa vida de hospital! Estou muito cansada, com o corpo todo doído assim olha (mostra a região lateral do corpo e região dorsal). Dormindo na cadeira a noite toda, ficar com sono sem dormir. Olha, eu estou com cinco meses que estou em hospital, para baixo e para cima [Teresa].

O hospital, com seus horários rígidos de medicações e verificação de sinais vitais, agrava as condições de repouso:

Aquí, na hora que ele está começando a dormir, aí vem medicação. Ele começa a dormir de novo, aí vem olhar temperatura, essas coisas, e assim vai... aí ele acorda e eu tenho que ficar com ele. Às vezes eu até perco o sono, vou deitar é duas, uma e meia, então, é ruim, mas tem que agüentar [Gardênia].

Outra forma de desconforto verbalizada é a falta de privacidade, agravada pela presença de homens. Na época existia somente um, mas que circulava nos locais onde as mulheres mães dormiam, pois a área é comum a todos os acompanhantes:

Bom não é não, mas fazer o que? Tem que suportar, Tem que ir levando, mesmo que não seja bom, tem que ir relevando, porque não tem como ele sair e a menina ficar. Tem que ir agüentando e fazer de conta que a gente está num local onde só tem mulher e quase tudo é só parente, senão...[Gardênia]

Ao se internar com seu filho, a mulher mãe passa a ocupar uma cadeira de repouso que não é própria para tal, sem direito à escolha; perde a sua privacidade pelo convívio com pessoas estranhas, distancia-se de seus significantes, submete-se às regras rígidas da instituição, que tem como objetivo apenas o bem estar de seu filho. Os profissionais da saúde que trabalham nessa área esquecem dessa mulher, que também precisa de cuidados, que se não supridos poderão interferir na sua vida e interação com seu filho. Penso que os familiares que se internam com seus filhos devem ter à disposição locais próprios e menos desconfortáveis para que possam refazer-se fisicamente, contrariamente, entretanto, vejo que estes têm sido negligenciados e vistos apenas como alguém que ajuda na rotina diária da instituição.

Em estudo recente com acompanhantes de crianças e adolescentes, Koerich & Neves-Arruda (s/d), concluíram que as descrições das situações pelas quais esses acompanhantes passavam no hospital correspondiam à falta de comodidade, a direitos não atendidos, à tensão e a condições precárias de estrutura física e funcionamento do hospital. Elas dizem que poucos estudos referem-se aos acompanhantes e nenhum deles focaliza o conforto dos mesmos; quando os familiares aparecem na literatura, surgem como importantes para a recuperação de seu ente hospitalizado.

Entendo assim, como as autoras acima citadas, que o cuidar em enfermagem pediátrica deve ir além do cuidado com a criança doente,

devendo esse cuidar ser extensivo (tanto nos aspectos físicos como nos emocionais) ao acompanhante, não bastando somente a identificação do problema e sim a sua resolução.

Considero que a falta de condições para a permanência do familiar no hospital é um problema institucional, da responsabilidade de todos os que nela trabalham. Entretanto, como profissionais de enfermagem, pela própria característica da profissão, que está em maior contato com essa problemática, cabe identificá-la, e buscar resolvê-la junto à administração hospitalar.

Controlando as saídas das mulheres mães

A estrutura de controle de entrada e saída de pessoas no hospital, prevista pela instituição, também atua como um mecanismo que provoca sensações de aprisionamento entre as mães:

As mulheres mães, conversam sobre a intenção da administração do hospital de colocar uma roleta para conter a entrada de pessoas no local; dizem que essa medida ia ficar muito ruim para elas, pois elas já estavam ali, naquele lugar, presas, e que agora, se colocassem uma roleta, como é que iriam ficar, sem poder sair para fora? Uma das trabalhadoras da enfermagem comenta com um certo desdém: “Essas mães são sempre cheias de história; elas vão até para o centro (da cidade), depois ficam falando que ficam presas” (N. O).

Procurei, após essa observação feita por uma profissional, identificar qual o sentido dado pelas mulheres mães a essa sensação de aprisionamento. Encontrei que esta sensação relaciona-se à situação em que se encontram, limitadas em seus movimentos na instituição:

Presa é assim: no mesmo lugar; Dentro do quarto, no corredor. Aqui, você vai e vem e fica no mesmo canto [Gardênia].

Quem agüenta ficar aqui dentro; presa aqui dentro? [Teresa].

Também esse aprisionamento é referido em função da restrição dos contatos com familiares:

É ruim, a gente só fica aqui dentro. Em casa, nos finais de semana a gente vai na casa dos parentes... aqui não [Renata].

Ainda, pela necessidade de cuidarem permanentemente de seus filhos, especialmente no momento em que estes estão recebendo medicação endovenosa:

É assim, que nem o nenê está tomando medicamento; presa é assim: não pode sair; mal sai assim num lugar, já volta, e fica de novo, entra mês e sai mês, fica presa. Presa é modo de dizer, porque não tem assim como sair [Gardênia].

O controle local, pela mãe, da administração de medicação endovenosa contínua decorre da solicitação da equipe de enfermagem, somada à preocupação com a manutenção da via de acesso venoso, principalmente nos casos das crianças que estão há muitos dias em tratamento, com rede venosa precária, necessitando de mais dias para concluí-lo, situação em que a mãe mostra-se ansiosa e com medo de novas punções.

Essa sensação de aprisionamento foi expressa e comparada a de um presídio local, com seus controles de entrada e saída de pessoal:

Você viu, nós agora estamos presos. Estamos na prisão, igual no Carumbé. Para sair agora, só com crachá! Porque, olha só, o hospital: portão na frente, portão na entrada aqui no fundo e grade aqui na outra porta. Então, bem dizer, fica totalmente preso [Gardênia].

Certamente, através dessas críticas contundentes, as mulheres revelam que não aceitam passivamente as condições que lhes são impostas, embora não as confrontem de modo organizado.

4.4 A emergência de uma rede de controle sobre o comportamento materno

As situações de “rebeldia” (mulheres mães que não se enquadram nas normas estabelecidas em relação ao comportamento materno) são vigiadas pelas próprias companheiras, que também são mães, durante todo o período que permanecem nas enfermarias.

Notei que essa estrutura de vigilância organiza-se como um panóptico que, conforme Foucault (1996), funciona como um laboratório de poder. Trata-se de uma vigilância que mesmo descontínua na ação, seus efeitos são mantidos permanentemente, pois quem é objeto do olhar, da vigilância, desconhece quando está ou não sendo visto, pois a possibilidade de estar sendo vigiado é permanente. E esta permanente vigilância é um instrumento disciplinar importante, pois leva o vigiado, a agir como corpos continuamente vigiados.

Foucault (1996, p.181) diz que “o panóptico é polivalente em suas aplicações: serve para emendar os prisioneiros, mas também para cuidar dos doentes, instruir os escolares, guardar os loucos, fiscalizar os operários fazer trabalhar os mendigos e ociosos. Ele é (ressalvadas as modificações necessárias), aplicável a todos os estabelecimentos onde, nos limites de um espaço que não é muito extenso, mantém-se sob vigilância um certo número de pessoas”.

Encontrei essa estratégia de vigilância quando mulheres que cuidam incondicionalmente do filho, manifestam-se inconformadas e recriminam as que não se submetem a esse modelo em todos os momentos:

Se eu fico ali, para estar andando para lá e para cá, é melhor que eu não fique senão eu atrapalho que a enfermeira vá olhar com mais freqüência. E ao invés de ajudar o hospital, eu estou criando um problema, eu estou ocupando um espaço de uma pessoa útil ali dentro. Quando você interna com uma criança, sendo ele seu filho ou você é responsável por outro que não seja, você está ali para ver o que acontece com a criança; porque, se eu fico 10 minutos com meu filho e trinta lá fora, o que acontece naquele período, como é que eu vou contar para o médico? Aquela criança dela pode sarar, se for um milagre, mas por cuidado dela não [Selma].

Os papéis sociais da mulher, desse modo, são reforçados pelas próprias mulheres, que se cobram mutuamente uma postura correspondente.

A vigilância estende-se, inclusive ao comportamento das companheiras fora do domínio hospitalar:

Teve um dia que ela ia saindo do hospital para vir para cá para a gandaia, aí meu marido encontrou com ela no ponto de ônibus e ofereceu carona para ela; ela não aceitou e acabou voltando para o hospital; quando ela chegou no hospital, ela disse que um anjo falou para ela não vir para cá, porque a criança não estava bem. Eu pensei comigo: anjo coisa nenhuma! Ela ficou foi com medo da minha língua, de eu falar para o hospital no dia seguinte. Ela sabia que eu contava para o hospital; e ela sabia que meu marido iria me falar, aí ela voltou com medo [Selma]

O poder disciplinar, graças à vigilância, torna-se um sistema integrado, organizado como um poder múltiplo, automático e anônimo; pois é verdade que a vigilância repousa sobre indivíduos e o funcionamento da vigilância é de uma rede de relações de alto à baixo, mas, também, até um certo ponto, de baixo para cima e lateralmente.

Essa rede sustenta o conjunto e o perpassa de efeitos de poder que se apoiam uns sobre os outros: fiscais perpetuamente fiscalizados. O poder na vigilância hierarquizada das disciplinas não se detém como uma coisa, não se transfere como uma propriedade; funciona como uma máquina. A sua organização piramidal lhe dá um chefe, mas é o aparelho inteiro que produz poder e distribui os indivíduos nesse campo permanente e contínuo, o que permite ao poder disciplinar ser absolutamente indiscreto (estando em toda parte e sempre alerta, pois em princípio não deixa nenhuma parte às escuras e controla continuamente os mesmos que estão encarregados de controlar) e absolutamente discreto, pois funciona permanentemente e em grande parte em silêncio (Foucault, 1996).

Identifiquei que a valorização, por algumas mulheres, de suas próprias necessidades é motivo de recriminações por parte das companheiras de quarto, que tomam como padrão de julgamento a

necessidade de a mulher dispensar amor e dedicação sem limites ao filho doente.

Algumas mulheres, como é o caso da que apresenta a fala a seguir, quando encontram resistência das companheiras às suas críticas, utilizam-se de maneiras indiretas para forçar o comportamento de “normalidade” esperado, como pode-se identificar:

Eu não falava assim na frente dela, porque a gente falava e ela falava que ela era mãe e ela sabia o que ela estava fazendo. Aí, nós falávamos longe dela, que ela não tinha responsabilidade de deixar a menina de um dia para o outro logo num hospital. Porquê a gente ia falar para ela, ela falava que quem mandava na vida dela era ela [Renata].

A recriminação das próprias companheiras de quarto gira em torno dos conceitos acerca do que é ser boa mãe, aquela que se esquece de si, e que passa a viver em função dos filhos, abrindo mão até de sua vida sexual/afetiva. Quando algumas mulheres confrontam esse padrão, elas sofrem recriminações agressivas:

Para a enfermeira, ela falou que ia na casa de uma prima dela. Mas é mentira, ela vem para cá, é para namorar! No outro dia, ela comentou que estava com dor nas pernas, que tinha dançado a noite inteira numa boate que tem aqui para baixo. Por aí, você se toca: você acha que ela é uma boa mãe? Ela queria ajudar o hospital a curar o filho dela? Você acha que essa mãe está certa? No meu ponto de vista não está. Você acha que eu estou lá no hospital, para namorar ou para cuidar do meu filho? [Selma].

Cabral & Tyrrel (1995) dizem que o estilo que a mãe adota para cuidar de seu filho e socializá-lo é produto de um processo de informações acumuladas, transmitidas de geração para geração. Essa transmissão de conhecimentos é variável em relação ao contexto social e cultural presente em uma determinada sociedade, num momento histórico específico.

Kitzinger (1978) reafirma essa idéia dizendo que, ao analisar-se a maternidade a partir de culturas opostas compreende-se que em vez de um só ideal de maternidade existem várias formas de interpretá-la e que

nenhuma é universalmente válida. Cada uma dessas formas resulta da experiência individual de mulheres em uma cultura específica, adaptada ao sistema de valores gerais da sociedade em que vivem.

Certamente o significado dado à maternidade por cada uma das mulheres que participaram deste estudo é único mas, ao mesmo tempo, sabemos que estas partilham um valor ainda presente, aquele que exige da mulher que cuide incondicionalmente de seu filho, priorizando a função materna em detrimento de outras faces de sua vida, apesar da existência de novas perspectivas culturais que confrontam essa função como algo natural.

Essas exigências, incorporadas em alguma medida, servem de referência para o julgamento sobre o papel que cada mulher deve exercer no momento de internação do filho, cujo controle é feito não só pela instituição hospitalar mas também pelas próprias mulheres envolvidas.

Cabral & Tirrel (1995), citando Larraia, dizem que quando alguém age fora dos padrões aceitos pela comunidade tendemos a reagir depreciativamente e que essa atitude, a ser desconstruída, é resultado do condicionamento cultural, em que o homem, vendo o mundo através de sua cultura, tende a considerar o seu modo de vida como o mais correto e natural.

As recriminações também aparecem na forma de dúvidas acerca do amor da mãe pelo filho:

Deixava ela (a criança) sempre sozinha; aí nós ficávamos reparando o jeito dela ser assim com a menina, dela não ligar. Parece que ela não tinha amor na menina [Renata].

Porque isso eu vejo muito, nessas folias que eu tive de hospital lá e até mesmo em outros lugares que você vai, tem mãe que vai para lá, para se vê livre da casa; não é porque ela tem amor no filho, que tem cuidado com o filho [Selma].

Schmitz (1989), ao falar sobre o amor da mãe pelo filho, diz que muitas mães apresentam sentimento maternal pequeno até que seus

filhos amadureçam a ponto de poder interagir com elas, por meio de respostas vocais e faciais e que as relações mãe-criança são estimuladas pelas reações das crianças (a sucção, dependência, procura, choro, o sorriso etc) contribuindo para tornar específico e pessoal os sentimentos de afeição.

Maldonado (1989) lembra que quando se analisa a história da maternidade é necessário que se veja que o vínculo com o filho não se desenvolve a partir de um instinto materno e nem depende da biologia e sim que o amor e o vínculo com o filho é construído através do convívio diário e a disponibilidade para cuidar da criança.

As cobranças também se direcionam aos modos como os cuidados são efetuados por cada mãe, até mesmo para a forma como os filhos deverão serem vestidos, como é o caso da observação seguinte:

Selma pergunta à Teresa: "Você não acha que a barriga dessa menina não está muito grande não?" Teresa, colocando a criança no leito lhe sorri dizendo que não era a barriga que estava grande, era porque ela tinha colocado duas fraldas para não ter que trocar tudo toda hora que ela urinasse. Selma lhe responde, colocando o dedo indicador no ar: "Deixa de ser preguiçosa; troca sua filha. Fica peruando por aí!" Teresa retruca corrigindo-a dizendo que ela não estava sempre saindo como ela estava dizendo, mas Selma continua e de forma mais agressiva " Você não pára perto de sua filha; você está aqui para isso! Para cuidar dela. Tira essa roupa dela. Eu quero tocar esse monte de pano na sua bunda, para você ver o que é bom!" Teresa continua retirando a roupa da criança silenciosamente, em seguida, pega-a nos braços, e se retira da enfermaria, com uma expressão bastante aborrecida [N.O].

Noto um certo exagero praticado pelas mães ao falar sobre Teresa, pois observei que o estado higiênico de sua filha esteve impecável e que esta cuidava freqüentemente de sua filha, apesar de num ritmo diferente das demais:

No meu tempo de internação junto com ela, a criança dela tinha hora que você não resistia o cheiro do quarto, porque a criança ficava de cocô às vezes, a manhã inteira [Selma].

Ela chegava até a vomitar quando ela arrotava, porque ficava cheia demais. Ficava só de barriga para cima. Aí eu falava, e ela dizia que não, que a filha dela não arrotava. Então a enfermeira falou: então, ela não é normal [Renata].

O fato de essa mãe permitir-se sair por várias vezes do lado de seu filho e até mesmo dormir fora do hospital gerava uma certa revolta em algumas delas, manifesta em dúvidas sobre a sua palavra, pois quando justificava suas saídas era desacreditada:

Um dia ela chegou a chorar, porque uma sobrinha dela tinha morrido lá na Santa Casa; eu não sei se era verdade. Aí, ela saiu à noite e chegou só no outro dia cedo e deixou a filha dela a noite todinha lá [Renata].

Foi aonde elas (as outras acompanhantes) comentaram aí que eu não tinha ido para casa da minha prima, que eu tinha ido sair com homem para namorar [Teresa].

Esse policiamento em cima das atitudes da mãe em questão, estende-se à tentativa de envolvimento do profissional de enfermagem e medicina:

Eu contei um dia para o médico que a menina vomitou a noite toda, e nós passamos a noite toda com o maior problemão, porque nós não podíamos pegar a menina. E foi no tal dia que o hospital chamou ela, e deu a maior confusão por causa disso. E aí, realmente, ela tomou medo, ela via que eu dedava [Selma].

Muitas vezes, tinha até que chamar aquele enfermeiro que era bravo várias vezes; nem só eu, outras mães chamou ele, para poder chamar a atenção dela [Selma].

Esse estímulo ao policiamento é realizado também pelos trabalhadores de saúde, na medida em que abrem espaço a esse tipo de manifestação:

Cheguei na enfermaria de Teresa, ela não se encontra no momento; a criança está sozinha no leito, olha

para as pessoas que por ali transitam, brinca com as mãozinhas, sorri quando me aproximo; Teresa neste momento, entra na enfermaria em silêncio, vai para a sala de cuidados e sai novamente. Logo em seguida, chega a trabalhadora da nutrição, acompanhada de Renata que diz, referindo-se à Teresa: Cadê a mãe de x ? (olhando para todos da enfermaria, ninguém responde) “Ela não pára! Depois que a gente deda ela, ela acha ruim!” Olhando para a trabalhadora da nutrição, diz: “Ela não coloca a criança para arrotar; a enfermeira fala para ela todo dia; ela dá leite para ela deitada. Olha o tamanho da barriga dela!” (fala, apontando com o dedo a criança e mostrando para a nutricionista). A trabalhadora da nutrição olha a criança à distância e sem examiná-la, diz para Renata que ela estava mesmo com a barriga grande, quando na verdade eram fraldas sobrepostas, para que a criança não urinasse nos lençóis do berço (o que mais tarde foi demonstrado por Teresa). Renata senta-se na cadeira, a trabalhadora da nutrição, depois de terminado o interrogatório com as outras acompanhantes, retira-se da enfermaria. Logo em seguida, chega uma trabalhadora da enfermagem, e Renata se põe a falar novamente, dirigindo sua fala à filha de Teresa: “Sua mãe vaza cedo e só chega de tarde” e para mim: “tem dia que ela chora e a gente é que tem que olhar” A trabalhadora da enfermagem, começa a administrar a medicação por sonda orogástrica na filha de Teresa, ao terminar sai da enfermaria, sem dizer uma palavra. Logo em seguida, vou ao corredor e ouço outras mulheres mães e Renata chamarem por Teresa: “Mãe de x”, “Mãe de x”, “cadê ela?” (N. O).

Noto que a maioria procura formas alternativas de cultivar seu lado mulher, mas de maneira discreta, contida, “nas entrelinhas”, aproveitando sempre o momento que os filhos dormem ou com eles ao seu lado. A que se propôs a passar a noite fora deixando seu filho sob os cuidados da enfermagem, foi chamada à responsabilidade por todos e desacreditada de sua capacidade de maternagem. Mas apesar disso, ela resistiu em certos momentos e em outros submeteu-se às exigências que lhe foram feitas, como a de retorno ao hospital.

É necessário que se aceite o fato de que nem todas as mulheres têm o mesmo sentimento de abnegação pelo filho, que nem todas sujeitam-se

exclusivamente ao exercício da função materna, colocando-o como prioritário em suas vidas.

As mulheres, são mães, são trabalhadoras, amantes, esposas; são sujeitos que têm necessidades próprias que extrapolam as relacionadas à maternidade. A prática de internação conjunta que observei tende, contudo, a negar essas outras faces da mulher e a padronizar seus comportamentos e até mesmo sentimentos, priorizando a sua função materna.

Os trabalhadores de saúde não só assumem comportamentos e posturas condizentes com essa priorização como também não oferecem elementos para que essas mães vejam-se enquanto seres integrais, identificando o direito que têm ao atendimento de suas várias necessidades, e para que percebam e confrontem o padrão e rede de controle da qual participam e a que estão sujeitas.

4.5 Amenizando o altruísmo

Buscando o prazer

Badinter (1985) lembra que toda pesquisa sobre comportamentos maternos deve levar em consideração que a mãe, no sentido habitual (a mulher casada e que tem filhos legítimos), é uma pessoa relativa e tridimensional, ou seja, ela tanto se concebe em relação ao companheiro e ao filho quanto como um ser específico, que tem aspirações próprias que diferem das necessidades do esposo e dos desejos do filho. Ela diz que essa relação triangular não é apenas um fato psicológico, mas é também uma realidade social e que os papéis do pai, da mãe e do filho são determinados em função das necessidades e dos valores dominantes na sociedade.

Identifiquei que, ao mesmo tempo, as mulheres mães adotam comportamentos altruístas em relação aos seus filhos e buscam alternativas para expressarem o seu ser mulher, seja confrontando

abertamente padrões de comportamento maternos esperados, impostos pelas companheiras ou pela equipe de saúde, seja manifestando sutilmente o desejo que têm de se encontrarem em uma outra situação.

Nesse sentido, algumas imaginam poder desligar-se da rotina hospitalar e de tudo o que se refere ao problema do filho:

Só que a gente fala assim: de vir para casa um pouco; enjoava de ficar lá dentro. Eu queria descansar assim: só se fosse para dormir, ficar dormindo o dia inteiro em casa, sem estar olhando menino; Sem estar ouvindo choro de menino [Renata].

Outra procura distração andando pelo hospital, embora esta medida não resolva seu problema:

A gente vai dá uma volta... eu já conheço esse hospital de canto à canto; eu já fui até lá onde faz cirurgia e voltei; não tem mais onde andar [Gardênia].

Outras procuram abreviar a monotonia observando as atividades de lazer dos trabalhadores da instituição, manifestando um certo envolvimento afetivo com a situação:

Encontro várias trabalhadoras de enfermagem rindo muito; me aproximo para saber o motivo de tanta alegria e elas dizem que, no dia anterior, algumas mulheres mães foram para a quadra para ver os trabalhadores da medicina e da administração jogarem futebol e que, durante o jogo, um trabalhador da administração quebrou acidentalmente o nariz de um trabalhador da medicina (por quem elas seriam "loucas", e para quem elas se perfumaram e maquiaram) e que elas ficaram irritadas com o trabalhador da administração. Em seguida me dirijo à enfermaria de Gardênia e ela relata o fato meio entristecida (N. O).

Gardênia confirma essa observação dos profissionais da enfermagem, quando diz, ao conversar com uma outra mãe que queria ir embora, que ela poderia ocupar seu tempo como ela, observando a beleza de alguns médicos:

E ainda vendo os gatos que passam toda hora. Meu Deus! Eu nunca vi um hospital ter tantos médicos bonitos [...] Olha, eu nunca tinha visto tanto médico assim bonito. Via assim, esses outros; A maioria dos hospitais que eu ia, eram aqueles velhos, médicos com mais idade, mas não novão assim. A gente fica presa dentro de um hospital, não sai para fora, só tem que ficar vendo os médicos passarem no corredor, para ver se anima um pouco o dia, para o dia passar mais rápido [Gardênia].

Outra busca bem-estar através da música e do canto:

Teresa entra na enfermaria, com aparelho de música pendurado na cintura; entra na sala de cuidados silenciosamente, em seguida sai para fora da enfermaria, ouvindo música de "Leandro e Leonardo!", retira o aparelho do ouvido colocando-o próximo ao meu ouvido; retorna o fone aos ouvidos, se põe a acompanhar a música que toca, cantarolando [N. O].

Outra permite-se pequenas saídas nas imediações do hospital, investindo na própria aparência física, modificando o cabelo:

É para dar mais ânimo, mudar um pouco de cara; a gente fica tensa direto, então a gente tem que dar uma mudada, para reagir um pouco [Gardênia].

Outras saem para se proverem de objetos de uso pessoal, para satisfazerem uma necessidade física. Observo que, no caso de Teresa, esta é uma forma que ela encontra para sair da rotina hospitalar e talvez até descansar, pois noto que todas as vezes que alguém precisa de algo fora do hospital ela se prontifica a ir, atendendo às solicitações das colegas:

Porque a gente tem as coisas pessoais da gente, para a gente fazer. Então duas vezes mesmo, eu fui comprar modess, essas coisas para mim [...] Eu só saía só para fumar lá fora, e para ir no mercado para comprar as coisas para mim. Outras vezes eu saía para fazer compras para as outras meninas (companheiras da enfermaria) pois a minha filha estava melhor que os filhos delas [Teresa].

A procura de práticas recreativas para sair da monotonia hospitalar também se fez presente, por iniciativa delas próprias (trabalhos manuais

que já desenvolviam em suas residências) ou através de iniciativas isoladas de alguns trabalhadores da enfermagem que em um momento, envolveram –se na confecção de enfeites para a festa junina do hospital:

Foi bom poder colaborar, eu pensei que eles não iam querer que a gente ajudasse, mas como nós pudemos colaborar, nós ficávamos até quatro horas da manhã, fazendo os enfeites lá para a quadra. Depois a gente enfeitou. Para mim foi muito bom poder participar, porque é uma coisa que distrai a gente; não vi nem a noite passar, nem o dia [Teresa].

No hospital observado, a prática recreativa comumente é desenvolvida somente para atender aos pacientes que ficam internados, o que considero extremamente importante. No entanto, julgo que esta prática também deveria ser extensiva às mulheres mães da pediatria, uma vez que estas apenas ocupam-se do cuidado dos filhos.

Observei que quando elas participavam de alguma atividade de lazer, ficavam mais tranqüilas, o que bem expressa Gardênia:

Quando você pega para fazer uma coisa, qualquer coisinha, então a hora passa que você nem vê. Se você passa assim, sem fazer nada, a hora parece que custa a passar [Gardênia].

Notei também que algumas não se permitem deixar seus filhos para momentos de descontração:

Ontem, a enfermeira falou que vai trazer uma bola para nós jogarmos lá na quadra! Eu acho bom, pelo menos a gente vai ter com que distrair, então, se ela trouxer a bola, a gente vai na quadra, leva eles (as crianças) aí, a gente se distrai e se movimenta, porque a gente fica aqui dentro só parada né? e andando: para cima para baixo [Gardênia].

Uma delas permite-se fazer saídas de longa duração, pois sabe que a enfermagem deve responsabilizar-se pelos cuidados com o seu filho doente:

Só que eu não saí e larguei ela sozinha, eu larguei ela em companhia das enfermeiras, eu larguei ela o dia que eu saí para ir na casa da minha prima [Teresa].

A conversa é outro dos recursos de que se utilizam para abrandarem os desconfortos da situação vivida:

Eu conversava muito com as meninas também [Renata].

Talvez eu estava até nos outros quartos conversando com as outras colegas [Teresa].

Identifiquei, também, a necessidade de falar, ser ouvida e compreendida, não importando muito se outras pessoas vão ou não ter acesso ao que está sendo dito:

Hoje eu chorei a manhã inteira. Na hora em que você chegou eu achei bom, pelo menos tenho com quem conversar [...] Porque eu não confio de conversar essas coisas com as outras pessoas [...] quando falo em confiança, é no sentido de que você vai me entender. Agora, os outros se quiserem me entender, tudo bem, se não quiserem, tudo bem também [Selma].

Quando surgem boatos a respeito do comportamento de alguma delas, logo apresenta-se a defesa da privacidade, até mesmo com uma certa agressividade:

Eu penso assim: se você está lá fazendo alguma coisa, eu não tenho nada a ver com sua vida, você faz do jeito que você quiser! Então, assim mesmo eu penso com elas, no meu ver, do jeito que elas (as companheiras de enfermagem) falaram de mim. Então eu pensava que elas não podiam fazer do jeito que elas fizeram. Elas tem que pensar nelas e largar a vida dos outros [Teresa].

Ao mesmo tempo que defende sua privacidade, Teresa procura uma maneira de conviver bem com as companheiras. Noto que apesar dos comentários e pressões sobre ela, esta se mantém simpática e prestativa com todos. Julgo que este comportamento pode ser uma estratégia de sobrevivência encontrada por ela, pois ainda tinha muito tempo para ficar no hospital:

Eu penso assim: a pessoa quando deve, aí ela tem motivo para ficar com raiva. Então eu trato as pessoas como se não tivesse acontecido nada; fico bem na minha, eu não devo nada mesmo, deixa o pau torar; eu não estou nem aí! [Teresa].

Perdendo a paciência com o filho

Observei que algumas vezes as mães perdiam a paciência com os filhos:

Enquanto higieniza a genitália de seu filho, com tecido grosso; a criança chora durante o procedimento (tem lesão na genitália), Gardênia fala alto e de maneira impaciente: "cala a boca!" Continua a passar a fralda e a criança se põe a chorar cada vez mais alto [N. O].

Durante punção venosa, Dinorá ajuda a segurar seu filho e este chora, pedindo ajuda para ela, joga os pés na direção do trabalhador de enfermagem que está lhe puncionando no momento, perdendo a veia. Neste momento, Dinorá, impaciente lhe diz gritando e ameaçando seu filho com a mão estendida: "Pára x ! Pára, senão te dou uns tabefes!" (N. O).

Mas esse comportamento de impaciência, de algum modo, as incomoda, pois elogiam os profissionais da enfermagem sobre o tratamento carinhoso com as crianças que por vezes não conseguem ter:

Aquelas enfermeiras cuidam muito bem das crianças naquele hospital, elas têm tanta paciência. Porquê às vezes a gente nem tinha tanta paciência como elas [Renata].

Schimitz (1989), ao falar sobre a intolerância e hostilidade que a mãe pode vir a apresentar por seu filho, diz que esse comportamento pode ser uma das expressões do sentimento de culpa que a mulher pode ter em relação à doença do filho, dizendo que a enfermidade, muitas vezes, é percebida como castigo. Assim, qualquer sacrifício que ela realize frente à doença do filho aparece como justa penitência, que nem sempre pode ser cumprida, pois o sacrifício feito interfere nas fontes de segurança pessoal (como sono, repouso, estabilidade econômica, atividades cotidianas, relações com outras pessoas significativas),

convertendo-se em novas fontes de hostilidade para com o filho (identificado como causador), criando um círculo difícil de ser rompido.

Nas situações observadas é preciso considerar que algumas mães estavam há um longo tempo de permanência no hospital, sem interrupção, atendendo quase com exclusividade ao filho, sem ter acesso a determinadas condições que aliviariam os conflitos e sofrimentos enfrentados.

Manifestando a necessidade de ajuda

Noto que uma delas percebe que encontra-se fragilizada emocionalmente e que precisa de ajuda profissional, embora só se permita resolver o seu problema após a resolução do problema de saúde do filho:

Eu acho que não estou normal, eu ando muito nervosa! Você já pensou, uma pessoa estar dentro de um hospital e não querer ver nem falar com ninguém? Você acha que isso é normal? Tem dias que dá vontade de colocar um pano nos olhos para não ver ninguém. Eu nunca fui assim, por isso que eu acho que estou doente; eu tenho certeza que eu não estou normal, é só ele sarar e sair daqui que eu vou procurar uma psicóloga [Selma].

Schimitz (1989) chama a atenção para o fato de que a equipe hospitalar normalmente se volta para a criança, esquecendo-se ou deixando em segundo plano as necessidades e problemas da família. Ela nos lembra que o nível de tensão emocional da criança é definido, em grande parte, por uma relação tranqüila com os pais. Entretanto, parece-me ser muito difícil para a mulher manter um certo equilíbrio emocional, que ela inclusive se cobra, face à situação que vive e ao pouco apoio social e psico-emocional oferecido pela instituição.

Cobrando maior participação dos companheiros

Após a experiência de internação, observei que algumas mulheres procuraram envolver os companheiros no processo de assistência ao filho e a sua permanência próximo a elas, em situações de retorno ao hospital para consultas de rotina, ou nos processos de reinternação:

É porque eu conversei com o patrão dele, eu falei para ele que eu não sabia ir do hospital para a rodoviária e que eu queria que ele viesse comigo para ajudar a carregar a bolsa e ela. Ai ele falou que ele podia vir. Ai, foi por isso que ele veio [Teresa].

Eu já falei para o meu marido, para ele não fazer como da outra vez que ele me abandonou no hospital e não apareceu mais. Agora, dessa vez, ele me telefona todo dia quando não pode vir para me ver [Selma].

A situação vivida com a internação, em que assumem praticamente sozinhas os cuidados com os filhos doentes, parece lhes servir de aprendizado, na medida em que, após a alta, buscam envolver os seus companheiros no processo. Certamente esta é uma das estratégias que encontram para obter um maior comprometimento dos homens pais com seus filhos e um certo apoio deles, confrontando a rigidez dos papéis socialmente definidos.

Todos esses mecanismos de resistência encontrados são reveladores de que as mulheres mães não só se submetem aos controles e padrões vigentes, mas também os rejeitam de algum modo.

Assim, atitudes como as encontradas devem ser valorizadas pela instituição e particularmente pela enfermagem, pois estas são representativas e indicativas de novas possibilidades para a atuação em sistemas de internação conjunta, em que se valorize tanto a criança quanto os familiares em sua integralidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo coloca em destaque um tema complexo e plural, que tem merecido pouca atenção dos profissionais de saúde, além disso, oferece subsídios para se repensar as relações e interações entre equipe de saúde e mães que vivenciam este processo e buscar novos caminhos para as transformações que se fazem necessárias.

É necessário que se reflita sobre que lugar a equipe de saúde reserva a mulher mãe no âmbito hospitalar, além do desempenhar de tarefas determinadas por outros e de considerá-la somente como uma parceira no tratamento do filho. Meu objetivo não foi aprofundar essa questão, mas acredito que os dados que emergiram e que se relacionam com essa problemática podem e devem servir para pesquisas futuras, que analisem a participação da mulher mãe e equipe de enfermagem na assistência à criança em unidade de internação hospitalar conjunta.

Quanto às implicações desse processo vivido pela mãe, para a humanização da assistência hospitalar, posso afirmar que as várias situações apresentadas devem se tornar públicas e refletidas tanto na instituição que serviu de cenário, como entre os profissionais de saúde em geral. Os dados que emergiram neste estudo podem servir de suporte para que se discuta qual(ais) os rumo(s) que a assistência pediátrica deve tomar. Se a(o) acompanhante é importante no tratamento e recuperação da criança doente, como podem as instituições e os serviços organizarem-se com vistas à humanização e integralização da assistência à criança, incluindo a atenção à família, no chamado sistema de internação hospitalar conjunta.

Além das sugestões para humanização da assistência hospitalar conjunta, já mencionada no decorrer deste estudo, aponto outras que acredito serem importantes como: condições materiais dignas para o repouso; reavaliação da assistência local, com vistas à que os trabalhadores da enfermagem reassumam a responsabilidade pelos cuidados com a criança doente; a recreação terapêutica direcionada também aos acompanhantes; o estímulo ao afastamento temporário do filho, através de casas de apoio onde pudessem ocupar o tempo como achassem necessário; a reorganização do ensino em pediatria que trabalhe com a abordagem centrada na criança e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, M. E. D. A. de. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. **Cadernos de pesquisa**, n. 45, p. 66 – 71, mai; 1993.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Trad. de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BADINTER, E. **Um é o outro**. Trad. de Carlota Gomes. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- BEZERRA, L. F. R.; FRAGA, M. N. O. Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 49, n. 4, p. 611- 624, out./ dez., 1996.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, Ministério da Saúde, 1991.

CABRAL, I. E.; TYRREL, M. A. R. O estilo de cuidar da mãe e o trabalho da enfermagem. *Rev. de Enf. da UERJ.*, v. 3, n. 2, p. 189 – 195, out, 1995.

COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses, 1989.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CYPRIANO, M. S.; FISBERG, M. Mãe participante: benefícios e barreiras. *Jornal de Pediatria*, v. 66, n. 4/5, p. 92-97, 1990.

DEL PRIORE, M. *Ao sul do corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1993.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher*. São Paulo, 1996. 193p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

ELSEN, I.; PATRÍCIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem. *In: SCHMITZ, E. M. et. al. A enfermagem em pediatria e puericultura*. São Paulo: Atheneu, 1989. p. 169-179.

FONSECA, C. Ser mulher, mãe e pobre. *In: DEL PRIORE, M. (org.) História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1997.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Trad. Raquel Ramalhe. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

GRISCI, C. L. I. Ser mãe: produção dele, reprodução dela. *In*: CARDOSO, R. S. (org.). **É uma Mulher...** Petrópolis: Vozes, 1994. p. 29 – 51.

HAGUETTE, M. T. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HAYS, S. **Contradições culturais da maternidade**. Trad. de Beatriz Sidou. Rio de Janeiro: Gryphus, 1998.

KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Presença, 1978

KOERICH, C. L.; NEVES-ARRUDA, E. **Conforto e desconforto na perspectiva de acompanhantes de crianças e adolescentes internados em um hospital infantil**. s/l, s/d (mimeo).

LIMA, R. A. G. **Criança hospitalizada: a construção da assistência integral**. São Paulo, 1996, 258p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

LISBOA, M. A. J. Programa de hospitalização conjunta mãe – filho. **Jornal de Pediatria**, Jul. / Ago. 1973.

LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. *In*: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

_____ **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista.** Petrópolis: Vozes, 1997.

MACHADO, L. Z. Feminismo, academia e interdisciplinaridade. *In:* COSTA, A.O.; Bruschini, C. **Uma questão de gênero.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1992.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e Paternidade.** Situações especiais e de crise na família. Petrópolis: Vozes, 1989. v. 2.

MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos.** 8. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In:* MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

NUNES, S. A. A medicina social e a questão feminina. **PHYSIS Rev. de saúde coletiva.** v. 1, n. 1, p. 49 – 76, 1991.

ROMITO, P. Trabalho, maternidade e saúde das mulheres: algumas notas metodológicas. *In:* OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. (orgs). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização.** Goiânia: A B, 1997.

SCHMITZ, E. M. R. A problemática da hospitalização infantil : aspectos psicológicos. *In:* SCHMITZ, E. M. R. et. al. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** São Paulo, atheneu, 1989. p. 181-196.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Recife: SOS Corpo, 1989.

SERRURIER, C. **Elogio às mães más.** Trad. de Sônia Goldfeder. São Paulo: Summus, 1993.

SILVA, M. A. **O discurso sobre planejamento familiar em grupos educativos desenvolvidos em unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro.** Rio Janeiro, 1999. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.

SILVA, M. A. R. **Assistência de enfermagem à mães acompanhantes em pediatria.** Trabalho de conclusão da disciplina Prática Assistencial de enfermagem. Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal de Mato Grosso, 1997.

SOUTO – MAIOR, A. **História geral.** 15. ed. Companhia Editora Nacional, 1975.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida.** 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

VENÂNCIO, R. P. Maternidade negada. *In:* DEL PRIORE, M. (org.) **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 1997.

WALKERDINE, V. O raciocínio em tempos pós - modernos. *Rev. Educação e Realidade*, v. 20, n.2, p. 207-226, jul./dez., 1995.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**. Elementos essenciais para a Intervenção efetiva. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1985.

ZALUAR, A. **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed., 1975.

ZANNON, C. M. L. C. A importância da hospitalização conjunta : da prescrição ao ponto de vista da família. **Pediatria Moderna**, v. 30, n. 7, p. 1126 -1135, dez., 1994.



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA DO
PROJETO DE PESQUISA

O Projeto de Pesquisa intitulado "**Vivências de mães acompanhantes em Pediatria: Reflexos em suas vidas**" de responsabilidade de Maria Aparecida Rodrigues da Silva, a ser desenvolvido na instituição Hospital Universitário Júlio Muller, foi avaliado pela Dr^a. Jussara Beatriz Oliveira de Oliveira e pelo Prof. Dr. José Eduardo Aguilar Nascimento, Membro e Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa, que concluíram pela sua **APROVAÇÃO "Ad Referendum"**, uma vez que o mesmo atende aos requisitos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 13 de maio de 1998

Prof. Dr. José Eduardo Aguilar Nascimento
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Universitário Júlio Muller

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu,-----ciente de que a pesquisa intitulada "Vivências de mães acompanhantes em pediatria: reflexos em suas vidas", tem por objetivo geral detectar os reflexos na vida pessoal de mães acompanhantes em pediatria, advindos da internação de seus filhos; e que esta pesquisa se justifica por poder contribuir para uma maior conscientização, por parte dos profissionais da saúde, com relação às problemáticas que as mães acompanhantes enfrentam na internação de seus filhos.

Minha participação nesta pesquisa será como "sujeito observado" durante estadia na pediatria e posteriormente através de entrevista a ser realizada no meu domicílio.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, terei liberdade de recusar a participar ou retirar o meu consentimento de participação da mesma. Além disso, sei que minha privacidade será garantida através do sigilo de minha participação, tanto pela pesquisadora quanto por minha pessoa.

Encontrando-me devidamente esclarecido sobre a referida pesquisa, consinto livremente a participar da mesma.

Cuiabá,----de-----de 1998.

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, Maria Aparecida Rodrigues da Silva, brasileira, casada, portadora da carteira de identidade 342.705 SSP/MT, enfermeira portadora do registro do Conselho Regional de Enfermagem número 50.695, residente à Rua Rep. Da Argentina, 559, apto. 203 bl.03, Residencial San Martin, Jardim Tropical, Cuiabá-MT, comprometo-me a assegurar aos sujeitos participantes da pesquisa "Vivências de mães acompanhantes em pediatria: reflexos em suas vidas":

- Privacidade aos sujeitos informantes e sigilo em relação à sua participação;
- Realização de entrevista/observação apenas após esclarecimento dos sujeitos participantes e seu livre consentimento;
- Liberdade de se recusar a participar da pesquisa ou de desistir da mesma em qualquer fase da realização da pesquisa;
- Respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos e costumes dos indivíduos participantes da pesquisa;
- Suspender a coleta de dados imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa;
- Ponderar sempre os benefícios e os riscos da pesquisa para o sujeito participante, procurando encaminhar a observação e entrevista de forma a não causar riscos, principalmente à saúde mental dos indivíduos envolvidos;
- Dar retorno dos resultados da pesquisa aos sujeitos participantes da mesma;
- Manter a confidencialidade, o respeito e a obediência às normas da instituição hospitalar onde a pesquisa será realizada;

Maria Aparecida Rodrigues da Silva
Cuiabá, 16 de Abril de 1998.