

CARMEN LUCIA MOTTIN DURO

MATERNIDADE E CUIDADO INFANTIL:
CONCEPÇÕES PRESENTES NO CONTEXTO DE UM PROGRAMA DE
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA, PORTO ALEGRE, RS.

Porto Alegre

2002

CARMEN LUCIA MOTTIN DURO

**MATERNIDADE E CUIDADO INFANTIL:
CONCEPÇÕES PRESENTES NO CONTEXTO DE UM PROGRAMA DE
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA - PORTO ALEGRE/ RS.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dagmar E. Meyer

Porto Alegre

2002

D 964m Duro, Carmen Lucia Mottin.

Maternidade e Cuidado Infantil: concepções presentes no contexto de um programa de saúde–Porto Alegre/RS. /Carmen Lucia Mottin Duro; orientação de Dagmar E. Meyer. Porto Alegre, 2002.

161 p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem.

1. Maternidade. – 2. Cuidado Infantil. – 3. Gênero. – I Título.

CDU 616-083-053.2

Ficha Catalográfica elaborada por
Lucia V. Machado Nunes CRB- 10/193
Biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS

BANCA EXAMINADORA



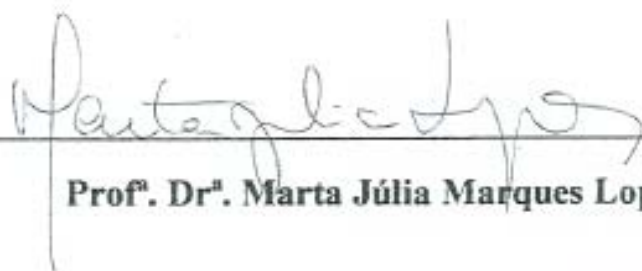
Prof. Dr.ª Dagmar Elisabeth Estermann Meyer (orientadora)



Prof.ª Dr.ª Guacira Lopes Louro



Prof.ª Dr.ª Marli Vilella Mamede



Prof.ª Dr.ª Marta Júlia Marques Lopes



Prof.ª Dr.ª Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a elas, mulheres, mães, sujeitos, ditos passivos, que sempre estiveram presentes e ativos, em todos os momentos da história.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Dagmar E. E. Meyer por ter me acolhido em um momento especial de minha vida e pela dedicação e paciência com que orientou e revisou este estudo.

À colega de mestrado, colega professora e amiga muito especial, Ivana Karl, que em todos os momentos dessa caminhada esteve presente me auxiliando e compartilhando momentos tristes e felizes.

Aos colegas do grupo de estudos da Disciplina de Prática de Pesquisa da FACED e do GEERGE, Mara, Sandra, Karen e Orestes, que através das discussões sempre me provocaram para que continuasse no propósito de realizar esta pesquisa.

À colega de estudos e amiga Mara Vargas, por sua preocupação comigo.

Às acadêmicas de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS, Alessandra da Silva e Caren Riboldi, que através da sua dedicação foram de grande auxílio na realização deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Maria Alice Lima que, enquanto orientadora de meu Estágio Probatório na docência em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS, sempre dedicou-me atenção e segurança.

Às colegas professoras da disciplina Administração em Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da UFRGS, pela confiança e estímulo em mim depositados.

À minha mãe, minha irmã e demais familiares pelo suporte que me deram em todos os momentos .

À todos os profissionais e colegas do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e do Pronto Atendimento Cruzeiro do sul, que de certa maneira , somaram-se nesta busca.

E, principalmente às mulheres-mães, sujeitos e objetos de meu estudo, com quem pude conviver e que tornaram possível este trabalho.

RESUMO

Fundamentando-me em estudos dos campos da Saúde Pública, Educação em Saúde e Estudos de Gênero e utilizando-me de uma abordagem de pesquisa qualitativa que se aproxima de um estudo de caso, me propus a identificar e analisar as concepções de maternidade e de cuidado infantil de um grupo de mulheres-mães ,cadastradas no Programa Pra-Nenê na Vila Cruzeiro do Sul, em Porto Alegre/RS, relacionando-as às concepções dos/as profissionais de saúde que trabalham com essa população e com aquelas contidas nos documentos oficiais que norteiam esse programa. Realizei entrevistas semi-estruturadas com dezesseis mães e três profissionais de enfermagem e examinei os seguintes documentos: Programa da Atenção Integral à Criança (PAISC): Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Módulo 05) Aconselhar a Mãe Acompanhante –(Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília,1999); Programa de Vigilância e Atenção Integral à Saúde das crianças menores de um ano em Porto Alegre – Pré-Nenê – (Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre, 2001) e Agenda da Gestante (Ministério da Saúde, Brasília, 1997). A análise permitiu-me compreender que as concepções de maternidade e de cuidado infantil dessas mulheres-mães estão atravessadas por elementos do senso comum ao mesmo tempo em que incorporam práticas de cuidado da criança resultantes da precariedade e das adversidades que se impõem no cotidiano de sua vida. Viver o presente é a preocupação mais importante, e ser mãe para essas mulheres significa criar e cuidar das crianças de acordo com as condições que possam ter hoje. Com a maternidade, elas adquirem o *status* social de serem reconhecidas como mulheres frente à comunidade feminina do local onde residem. As questões sociais, culturais e de gênero, estão presentes em um entrelaçamento que nos permite visualizar diferentes formas de viver a maternidade pelas mulheres-mães deste estudo. Nos documentos analisados, a mulher-mãe é ainda percebida como aquela que deve se apropriar e efetivar o cuidado das crianças, que dispõe de tempo livre e está presente em casa para o cuidado com a criança, não está inserida no mercado de trabalho e, de algum modo, tem uma união estável, com a figura paterna presente. Tais concepções dos programas de saúde materno-infantil contrastam verticalmente com a realidade e forma de ser mãe das mulheres entrevistadas. As profissionais de enfermagem entrevistadas incorporam as diretrizes de cuidado materno-infantil ditadas pelos programas e documentos em questão, mas se questionam acerca da efetividade das ações de saúde que desenvolvem nesse contexto de dificuldades. Penso que a análise contribui para que o(a) enfermeiro(a) em sua prática se questione acerca das concepções de maternidade e cuidado infantil que balizam as ações que desenvolve, no sentido de dar-se conta de que estas nem sempre convergem com aquelas dos grupos de mães com quem trabalham, tendo em vista a diversidade das comunidades onde atuam.

Palavras Chave: Maternidade, Cuidado Infantil, Gênero

ABSTRACT

Based on studies in the fields of Public Health, Education on Health and Gender Studies in a qualitative research approach, similar to a case study, this thesis aims at identifying and analysing conceptions of maternity and child care among a group of mothers enrolled in Pra-Nenê, a government program designed to babies and their mothers living in Vila Cruzeiro, an impoverished neighborhood in Porto Alegre/RS. These conceptions were contrasted both with the ones by health care professionals working with that population and those from the official documents that guide the program. Semistructured interviews were carried out with 16 mothers and 3 nurses. The following documents were analysed: Programa de Atenção Integral à Criança (PAISC); Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – Módulo 5 – Aconselhar a Mãe e Acompanhante (Ministry of Health, World Health Organization, Pan-American Health Organization, Brasilia, 1999); Programa de Vigilância e Atenção Integral e Atenção Integral à Saúde for children under one year old in Porto Alegre – Pra-Nenê (City Health Office, Porto Alegre, 2001) and Agenda da Gestante (Ministry of Health, Brasilia, 1997). The analysis allows us to understand that the conceptions of maternity and child care by those mothers are impregnated with elements of common sense at the same time that they incorporate practices of child care that result from the precariousness and adversities of their daily lives. Living the present time is the main concern among those women, and being a mother means to raise and take care of their children according to their current conditions. With maternity, they acquire the social status of being acknowledged as women in the female community where they live in. The social, cultural and gender issues are intertwined, allowing for the view of different ways of living maternity by the mothers studied. In the documents considered here, the mother is still perceived as that woman who has both to take over and effect the child care. This woman has spare time and is present at home to look after the child, she is not included in the work market, and somehow has a stable relationship, with the presence of the father figure. Such conceptions of the mother/child health care programs contrast vertically with reality and the way the women interviewed are mothers. The nurses interviewed incorporate the guidelines of mother/child care recommended by the programs and documents mentioned above, but they also question the effectiveness of the health actions they develop in that difficult context. The analysis makes the health professional question the conceptions of maternity and child care that guide their actions in their practice, so that they may realize that those conceptions are not always the same as the ones by the groups of mothers they work with, in view of the diversity existing in those communities.

Key words: Motherhood – Infant Care – Gender Studies

SUMÁRIO

1 O CUIDADO MATERNO-INFANTIL EM SAÚDE COLETIVA.....	11
2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE E DO CUIDADO INFANTIL....	20
2.1 As possíveis articulações entre maternidade, cuidado infantil e gênero.....	20
2.2 Contextualização das políticas de atenção à saúde materno-infantil.....	31
2.3 O Processo de Educação em Saúde nas políticas de atenção materno-infantil.....	38
3 SOBRE A METODOLOGIA.	44
3.1 Tipo de estudo.....	44
3.2 Fontes do estudo.....	45
3.2.1 Mulheres mães entrevistadas – Quem são elas?.....	46
3.2.2 Profissionais de enfermagem.....	49
3.2.3 Fontes documentais.....	50
3.3 Grande Cruzeiro: um cenário e sua trama.....	51
3.4 Processo de levantamento de informações.....	55
3.5 Procedimentos de análise das informações.....	58
3.6 Aspectos Éticos.....	59
4 DANDO VOZ ÀS MULHERES-MÃES, AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E AOS DOCUMENTOS DO PROGRAMA PRÁ- NENÊ.....	61
4.1 Condições de vida e rede de apoio das mulheres-mães.....	62
4.1.1 Moradia	62
4.1.2 Sustento Familiar.....	65
4.1.3 Escolaridade Materna.....	73
4.1.4 Uniões conjugais.....	75
4.1.5 Forma de evitar filhos.....	77
4.1.6 Apoio da Família.....	80
4.1.7 Relação com a Vizinhaça.....	83

4.2	Concepções e relações das mulheres-mães com o Sistema de Saúde.....	86
4.2.1	Saúde das mulheres-mães: pré-natal, parto e puerpério.....	87
4.2.2	Programa Pra-Nenê: mulher-mãe, criança, profissionais de enfermagem	98
4.2.3	Procura do Pronto Atendimento.....	103
4.3	Concepções de maternidade e de cuidado infantil.....	107
4.3.1	Os conceitos de mãe e os lugares das mulheres no cuidado com a criança.....	109
4.3.2	Os conceitos de pai e os lugares dos homens no cuidado com a criança.....	128
4.3.3	Onde e como as mulheres aprendem a ser mães de um determinado tipo.....	135
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
	REFERÊNCIAS.....	149
	APÊNDICES.....	157
	Apêndice A- Roteiro de Entrevista com as Mulheres-mães.....	158
	Apêndice B – Roteiro de Entrevistas com os Profissionais de Enfermagem.....	160
	Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Informados para as Mulheres-mães.....	161
	Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Informados para as Profissionais de Enfermagem.....	162
	Apêndice E - Ofício de solicitação e aprovação da realização da pesquisa pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	163
	ANEXOS.....	164
	Anexo A Ficha de avaliação do primeiro atendimento e acompanhamento do Programa Pra-Nenê	165
	Anexo B Mapa dos Distritos Sanitários do município de Porto Alegre.....	167
	Anexo C Limites geográficos do Distrito Sanitário eixo Cruzeiro/Glória /Cristal.....	168

1 O CUIDADO MATERNO-INFANTIL EM SAÚDE COLETIVA



Mães e crianças na sala de espera da Área de Pediatria do Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários

1 O CUIDADO MATERNO-INFANTIL EM SAÚDE COLETIVA

A minha trajetória na Saúde Pública aconteceu a partir de muitos envolvimento pessoais com profissionais e usuários até tornar-me a profissional que sou atualmente. As muitas fases pelas quais passei foram construídas também no contexto histórico em que as experiências de vida aconteciam: da saúde comunitária, em 1989, à saúde coletiva, em 1992. Participei de muitas Conferências de Saúde Municipais e Nacionais, quando os paradigmas eram discutidos e avaliados por mentores intelectuais para a implantação do modelo de Atenção à Saúde proposto, do Sistema Único de Saúde (SUS) até o Programa de Saúde da Família, em 1996. Experienciei todos os limites desse modelo na tentativa de viabilizá-lo como uma possibilidade de viabilização das estratégias propostas pelas sucessivas políticas de saúde.

No decorrer dessa trajetória, minha formação centrou-se no cuidado materno-infantil, desde o Estágio Especializado em Saúde Comunitária na Unidade Sanitária São José de Murialdo até o Programa de Saúde da Família e o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), com as crianças internadas nas salas de observação. Posso afirmar que a ênfase do meu trabalho envolveu mais as atividades educativas do que aquelas centradas nos procedimentos de enfermagem. A educação é uma dimensão inerente ao trabalho de todo profissional de saúde, principalmente da enfermeira, que atua na esfera preventiva, em que ocorreu a maior parte de minha formação.

Foi no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) que se consolidou a minha preocupação em relação ao cuidado com a criança, pois ali pude perceber as diversas maneiras como as mães cuidam de seu filho(a) internado(a). Nesse local o contexto sócio-econômico dessas mulheres é fator de atenção da equipe de enfermagem que, na maioria das vezes, possui outras crianças, tendo que dividir o seu tempo (e seu cuidado) com o(a) filho(a) doente e com os/as outros(as) filhos(as) que permaneceram em casa. Muitas vezes, a mãe ainda é a responsável pelo sustento da casa, através de seu trabalho assalariado no mercado formal ou informal. Aqui, abro um parênteses para referir que nem sempre percebi esse problema dessa maneira, pois responsabilizava a mãe pela saúde e integridade da criança. Esse entendimento pode ser observado em algumas falas de profissionais de saúde que muitas vezes afirmam: *“você não cuida de seu filho adequadamente, por isso ele ficou doente”*.

Hoje, entendo que essas afirmações estão baseadas no paradigma biomédico que orienta o processo saúde–doença, calcado no que Valla e Stotz (1993, p.95) chamam de

“culpabilização da vítima: a individualização da culpa resulta na explicação de uma prática coletiva. Trata-se de acusar os pais porque o filho está desidratado por não oferecerem os cuidados necessários (...)” . O saber técnico (médico) ganha nesse modelo supremacia em detrimento de qualquer outra forma de saber. Percebe-se, então, por que corriqueiramente nos serviços de saúde a mãe é tratada como alguém que não sabe cuidar de seu(sua) filho(a).

O cuidado infantil foi tornado científico no que se denomina de Puericultura e, nessa perspectiva os cuidados da mãe devem seguir indicações detalhadas pelo saber médico no contexto das políticas de saúde. Isso é resultado do que autores como Mitjavala e Echeveste (1994, p. 289) chamam de “padrão de normalidade construído sobre as bases biológicas da capacidade reprodutiva das mulheres, cujas expressões materiais são dadas pela gravidez, parto, cuidado com as crianças”. Essa conceituação do que é considerado “padrão de normalidade” torna-se comum nas orientações dos profissionais de saúde, independente do contexto social, cultural e econômico em que vivem as mulheres-mães com quem se trabalha. O modo de fazer saúde - no modelo biomédico ainda vigente - pontua a medicalização do processo saúde-doença, imputa a responsabilidade da doença ao paciente e separa as bases biofisiológicas desse processo de seu caráter social e cultural. Da mesma forma, apresenta o desenvolvimento do ser humano compartimentado em etapas, dentre as quais a maternidade e o cuidado com a criança em seu primeiro ano de vida assumem lugar central.

Atualmente, pode-se dizer que o cuidado com a saúde infantil se desenvolve em nível de atenção local no Sistema Único de Saúde (SUS), calcado nos princípios e diretrizes do Programa de Atenção à Criança (PAISC), o qual estabelece ações de promoção e proteção à saúde que envolvam reduzida complexidade tecnológica como ferramenta essencial para a diminuição de incidência e agravamento de doenças durante o primeiro ano de vida. A assistência integral à criança envolve ações básicas de saúde e configura-se elemento nucleador da atenção a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde, consistindo: do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; da promoção do aleitamento materno e orientações para o desmame; do controle das doenças diarreicas, de infecções respiratórias agudas e de doenças preveníveis por imunização. Essas ações estão contidas em manuais que procuram padronizar condutas para capacitar os recursos humanos da rede pública de saúde. Esses manuais são parte integrante de uma proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), em que estratégias de baixo custo, entre as quais a promoção de cuidados básicos para as famílias, através do programa de agentes comunitários, também visam a diminuir a incidência de doenças comuns na infância.

As principais enfermidades relativas à criança até um ano de vida surgem da vulnerabilidade resultante de elementos do seu processo de crescimento e desenvolvimento e do ambiente em que esse processo ocorre (LAVINSKY, 1990; MARCONDES, 1991). Em função disso, Rouquayrol (1994) e Duncan, Schmidt, Giugliani (1996) descrevem, no caso da criança brasileira, os aspectos de morbimortalidade infantil que são agravados pela miserabilidade crescente. Esses autores citam a diarreia, as infecções respiratórias agudas e as doenças preveníveis por imunizações como as mais importantes causas de óbito em crianças dessa faixa etária no Brasil. Assim, de acordo com o preconizado pela OMS e pela rede de atenção básica de saúde, os cuidados com a criança no seu primeiro ano de vida a serem desenvolvidos pela mãe, pai ou responsável, podem ser um importante fator no monitoramento de enfermidades. Esses cuidados serão dirigidos aos pais ou responsável em programas de acompanhamento à criança, incluindo-se as atividades de prevenção pelos profissionais de saúde, visando atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos que integram a proposta do PAISC.

Vivenciei a operacionalização do PAISC nos postos de saúde do Programa de Saúde da Família, criado em 1995 pelo Ministério da Saúde, na qualidade de enfermeira. Foi lá que percebi o quanto me inquietava a relação mãe/filho(a) e aprofundi a reflexão sobre o cuidado com a criança. Realizei consultas de enfermagem com crianças recém-nascidas, que integravam o Programa Pra-Nenê, e auxiliiei no cadastramento das crianças de zero a cinco anos com déficit nutricional no Programa Pra-Crescer. Esses programas tinham e têm como estratégia a vigilância da saúde das crianças do município de Porto Alegre.

Inserido no Programa de Atenção à Saúde da Criança, o Pra-Crescer é um programa de vigilância que acontece em Porto Alegre e que objetiva monitorar o crescimento e desenvolvimento das crianças até 5 anos que residem na área de atuação do posto de saúde. Através da aferição dos dados antropométricos das crianças, pode-se detectar quais as que estão abaixo da curva de peso e altura considerada normal pelos critérios do Ministério da Saúde, sendo consideradas, conseqüentemente, “desnutridas”. O Programa previa à época de minha atuação com enfermeira, a distribuição mensal de leite em pó e de uma lata de óleo até a recuperação nutricional da criança, além de orientações para a mãe quanto à preparação e conservação do leite. Na prática, pude desenvolver ações de educação em saúde realizadas com grupos de mães de crianças com déficit nutricional. Nesses grupos, as mães realizavam o acompanhamento pondero-estatural de seus(suas) filhos(as) e recebiam a quantidade de leite em pó a que tinham direito de acordo com o Programa Pra-Crescer da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Ao iniciar a coordenação desse grupo de educação em saúde, constatei

que todas as mães compareciam aos encontros programados, porém quando o abastecimento do leite em pó foi interrompido por um problema técnico de licitação de empresas pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), houve o esvaziamento do grupo, considerando-se que os encontros aconteciam uma vez por mês e que a agenda era determinada pelas participantes. O retorno ao grupo, na minha percepção na época, ocorreu coincidentemente com o recebimento de nova remessa de leite pelo posto de saúde. No entanto, hoje surgem alguns questionamentos e dúvidas ao pensar sobre o “esvaziamento” daquele grupo. Será que há de fato, apenas uma relação linear entre o comparecimento do grupo e a distribuição de leite em pó? Ou esse esvaziamento mereceria outros questionamentos? Considerando-se a situação sócio-econômica da mulher-mãe, qual o significado do recebimento do leite em pó naquele contexto? Ou, finalmente, será que os conteúdos trabalhados no grupo tinham sentido no contexto de suas vidas ou se chocavam frontalmente com suas concepções, viabilizando o processo de culpabilização da vítima? Em que medida outras possíveis avaliações que derivam de concepções múltiplas de maternidade e cuidado infantil poderiam ser feitas?

Tudo o que vivi e vivo em relação ao cuidado infantil em Saúde Coletiva causa-me algumas inquietações que me fazem refletir sobre o que significa para a mulher-mãe cuidar de seu filho. É importante reafirmar que não pretendo desqualificar a importância dos sistemas de vigilância, já afirmados dentro do corpo organizacional da Saúde Coletiva, pois através de suas ações as estatísticas confirmam a diminuição do índice de mortalidade em crianças com menos de um ano de idade. Porém, existem questões quanto às orientações dadas às mães sobre o cuidado da criança com menos de um ano que dizem respeito a normas e condutas construídas em relação à saúde da criança e que levam em consideração apenas o saber técnico e desconsideram o saber das mães. Bujes (2000), permite-me um melhor entendimento sobre este processo, quando aponta diferentes formas pelas quais a vida dos indivíduos passa a ser regulada pelo governo quando este investe na diminuição da mortalidade infantil e natalidade, normatizando a saúde através da vigilância dos corpos que devem ser saudáveis.

Essa é a promoção da saúde denominada tradicional, que dita regras de como cuidar corpos individuais para torná-los saudáveis através do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) do Ministério da Saúde. Essa perspectiva propõe orientações que promovam a saúde em práticas educativas que pretendem moldar o comportamento das mulheres-mães, enfatizando a sua responsabilidade pela criação e evolução da criança. Tais orientações fundamentam-se na concepção de “normal”, oriunda dos estudos da psicologia

evolutiva que descrevem a conduta maternal e utilizam informações genéricas e descontextualizadas como fundamento para prescrever o exercício maternal ideal, (WOOLLETT E PHOENIX, 1999). Essas autoras descrevem a conduta ideal de toda mãe, formulada por tais estudos, que levam em conta, como regra geral, as observações de cuidados com crianças realizadas com mães brancas e de classe média em contextos muito específicos.

As orientações de educação em saúde que prescrevem essas condutas ocorrem em muitos serviços de saúde. Gastaldo (1997, p. 152) denomina-as de tradicionais e enfatiza que,

“ (...) na visão tradicional, a escolha saudável é a única escolha. Assim, os profissionais sabem qual é a escolha ideal, e deles é esperado que convençam a ter o estilo de vida mais saudável possível. A possibilidade de um cliente optar por atitudes não saudáveis, (...) em uma atividade de Educação em Saúde, é interpretada pelos profissionais como uma falha” (GASTALDO,1997, p. 152).

Endosso que são essas ações educativas, desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde, que definem o que deve ser considerado saudável ou não no comportamento das pessoas. A escolha saudável, como a única opção, é uma construção feita dentro desse modelo de atenção à saúde, no qual a política, os profissionais, as instituições e os usuários (neste caso, as mulheres-mães) são os atores sociais que, direta ou indiretamente, contribuem, em maior ou menor grau para compor essa concepção. O conhecimento das práticas de educação em saúde, inseridas no conjunto das atividades de saúde coletiva que estruturam e definem os Programas de Atenção à Saúde da Criança, podem sofrer influência de valores da sociedade, de acordo com o que culturalmente é definido como ser mãe. Tais noções são mobilizadas e articuladas por instituições sociais, entre elas, a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministérios Nacionais de Saúde, os quais concebem o Programa de Atenção à Criança e fazem circular as concepções e significados que o sustentam.

Autores como Hall (2000) consideram os significados como não-inerentes às coisas do mundo, mas construídos e produzidos, como resultados de práticas que fazem as coisas significarem. Ser uma boa mãe, cuidar do(a) filho(a), conforme o que se preconiza na política de atenção básica à criança como sendo o único modo socialmente adequado e esperado, nem sempre envolve as concepções sociais e culturais das mulheres que se tornam mães. Espera-se, no entanto, que elas assumam como suas essas concepções, independente do impacto que essa definição produz em suas vidas. Hall (2000) diz que o significado é construído na cultura. A cultura, segundo esse autor, “envolve todas as práticas que transmitem valores que

precisam ser interpretados significativamente pelos outros, ou que dependem do significado para o seu efetivo funcionamento” (HALL,1997, p.3). De acordo com essa abordagem, pode-se entender que as coisas só passam a ter determinados significados em culturas específicas.

Assim, é importante avaliarmos de que forma os diferentes grupos de mulheres-mães das crianças de zero a um ano estão interagindo com as orientações de educação em saúde que lhes são dadas na rede de atenção básica de saúde. Muitas vezes, essas mulheres-mães lidam com orientações que não dizem respeito às coisas de seu mundo, mas às idéias produzidas pela ciência biomédica e veiculadas pelos(as) profissionais de saúde, os(as) quais, muitas vezes, estão inseridos em grupos sociais diferentes da clientela a quem essas orientações se destinam. O que vem ocorrendo, desde que o modelo biomédico se impôs nas práticas de saúde coletiva, principalmente pela herança do higienismo do século passado, é a desqualificação do conhecimento e do cuidado que as mães prestam às crianças. Essas orientações educativas veiculam um sistema de conhecimentos e práticas que nem sempre são compartilhados ao mesmo tempo, pelos técnicos de saúde e pelas mulheres-mães.

Os manuais que contêm essas orientações educativas e condutas em relação ao cuidado com a criança, colocam em circulação formas de viver a maternidade e a saúde infantil produzidas pelo modelo biomédico de atenção à saúde. Geralmente, nas atividades educativas preconizadas por esse modelo, “o público é encarado como passivo, e, portanto, os conteúdos a serem veiculados requerem uma retórica que atue para acomodar fatos e métodos científicos às deficientes experiências e capacidades cognitivas do público” (CASTIEL, 1996, p. 94). É preciso que se diga que nem sempre o(a) profissional que exerce uma atividade de educação em saúde tem idéia dessa passividade imposta ao público, tampouco do monopólio do discurso oficial de saúde do modelo biomédico ainda vigente nas práticas dos Serviços de Saúde. Assim, no decorrer de minha experiência em saúde coletiva, surgiram outros questionamentos: O(a) profissional de saúde [da equipe de enfermagem] percebe essa passividade imposta aos usuários do sistema? Ele(a) valoriza o saber das mães, traduzido pela forma como cuidam de seus (suas) filhos(as)? Quais são os meios de que o(a) profissional de saúde dispõe para abordar temas como o cuidado infantil? Esses profissionais percebem as formas pelas quais as relações de gênero perpassam (atravessam) e moldam a concepção de cuidado com a criança? De uma forma ou de outra, essas interrogações estavam presentes no trabalho com a criança e a mulher-mãe em minha atuação como enfermeira.

O modelo atual de atenção à saúde predominante no Brasil, de acordo com Paim e citado por Rouquaryol (1994), é pautado em princípios básicos: acesso universal, descentralização, atendimento integral e participação comunitária nas ações de saúde. As

ações de promoção desenvolvidas na educação em saúde, possivelmente são aquelas que, dão “aos profissionais e pacientes/clientes elementos para que desenvolvam representações sobre o que se espera de pessoas saudáveis e doentes” (GASTALDO 1997, p. 152). As concepções de maternidade e de cuidado com a criança com menos de um ano de idade veiculadas pelos programas de saúde parecem ser referidas como únicas e verdadeiras, e supõe-se que devam transformar-se em senso comum entre mulheres-mães e profissionais de saúde.

Esse entendimento de educação em saúde parece estar inserido na formulação do Programa Pra-Nenê (que pode ou não estar contemplada nas ações educativas em saúde). Nesse contexto, espera-se que as mães de crianças de zero a um ano relatem as suas dificuldades com o bebê e que, através de orientações dialogadas com essas mães, atinja-se o entendimento quanto ao cuidado adequado com a criança com menos de um ano. Aqui, entendo que a promoção da saúde aparece com a pretensão de promover o autocuidado ou autonomia, mas pode, subliminarmente, traduzir para as mulheres-mães o que é considerado como o cuidado adequado à criança menor de um ano. Portanto, o profissional de saúde muitas vezes espera uma mudança de comportamento da mãe na direção apontada. Como se pode deduzir da leitura de Gastaldo (1997), a educação em saúde pode normatizar formas de cuidar da criança e estabelecer regras de exercício da maternidade que são transmitidas às mulheres da comunidade, consistindo no controle de seus corpos, mas também pode possibilitar a reconstrução do conhecimento, do significado do cuidado infantil para as mulheres-mães e para os(as) técnicos(as) em saúde.

Pode-se dizer que, tanto o(a) técnico quanto os(as) usuários(as) envolvidos(as) são influenciados social, cultural, ética e moralmente, o que pode interferir mesmo que haja a melhor das intenções, nas propostas de promoção da saúde da criança. Além disso, sabe-se que as políticas nacionais de educação em saúde variaram de acordo com o contexto sócio-temporal em que foram editadas. Nesse sentido, é importante entender que mesmo que as condutas médicas e de saúde que envolvem as orientações educativas pretendam promover o cuidado adequado da criança, elas incorporam a lógica do modelo de atenção curativo-assistencial em que as possibilidades de cuidado infantil foram construídas e definidas, desqualificando o saber das mães em detrimento do saber técnico privilegiado na rede de saúde em nível local.

Considerando-se pois, as reflexões feitas até aqui, indico as questões que irão nortear esta proposta de estudo:

- a) quais são as concepções de maternidade e de cuidado com a criança até um ano de idade de um grupo de mulheres-mães, sujeito e objeto das políticas de saúde materno-infantil, na Vila Cruzeiro do Sul em Porto Alegre?
- b) quais são as concepções de maternidade e cuidado infantil produzidas e postas em circulação pelos Programas Oficiais de Vigilância (Pra-Nenê) e Atenção Integral à Criança (PAISC), em relação às crianças com menos de um ano em Porto Alegre?
- c) quais são as concepções de maternidade e de cuidado com a criança até um ano de idade da equipe de enfermagem atuante na execução do Programa Pré-Nenê do ambulatório básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC)?

A partir dessas questões, estabeleço como objetivos para este estudo:

- a) identificar as concepções de maternidade e de cuidado infantil de um grupo de mulheres-mães moradoras da Vila Tronco, cujos filhos e filhas estiveram internados(as) em sala de observação pediátrica do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) no período de coleta de informações deste estudo;
- b) identificar as concepções de maternidade e de cuidado com a criança menor de um ano expressas nos documentos oficiais do Programa de Vigilância Pré-Nenê de Porto Alegre e pela equipe de profissionais de enfermagem que atuam no Programa Pré-Nenê do ambulatório básico do CSVC;

Com a discussão das concepções de maternidade e de cuidado infantil e sua contextualização histórica, social e cultural, a atividade educativa do(a) enfermeiro(a) na área de Saúde Coletiva (e aqui me incluo) hoje, pode ser repensada de modo a contemplar e dar respostas a algumas das diversidades de significados que envolvem o ser mãe e o cuidar da criança para as mulheres-mães.

Assim, neste capítulo, explico minha relação com o tema em estudo, com o objeto em investigação, meus pressupostos e objetivos. A seguir, apresento no Capítulo 2 o referencial teórico adotado. No Capítulo 3, descrevo a metodologia utilizada e os caminhos percorridos nesta pesquisa. No Capítulo 4, trabalho com as informações coletadas no sentido de interrelacioná-las para a estruturação de categorias de análise. Finalmente, no Capítulo 5, teço as considerações finais a respeito do estudo desenvolvido, apresentando algumas possibilidades de repensar o atendimento da criança de zero a 12 meses de idade.

2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE E DO CUIDADO INFANTIL



**Mãe amamentando sua criança enquanto aguarda atendimento no Programa
Pra-Nenê do ambulatório básico do CSVC.**

2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE E DO CUIDADO INFANTIL

2.1 As possíveis articulações entre maternidade, cuidado infantil e gênero

*“Os teus filhos não são teus filhos.
São filhos e filhas da vida, desejosa de si
mesma.
Vêm através de ti, mas não de ti.
E, embora estejam contigo, não te
pertencem.”
(GIBRAN KHALIL GIBRAN)*

Neste capítulo, retomo as concepções de maternidade e de cuidado infantil historicamente produzidas para apontar de que forma foram incorporadas pelas políticas estatais de saúde da mulher e da criança.

Apresento subsídios da condição da criança, no contexto mundial antes do século XVII, para que se possa entender como ela foi percebida no decorrer dos tempos, o que nem sempre ocorreu da maneira que aprendemos hoje. Souza (2000), refere que as concepções da infância são repletas de significados sociais e políticos e invariavelmente, estiveram ligadas às mudanças sociais, políticas e econômicas que permearam as sociedades.

Nesse contexto, ser mãe nem sempre teve o significado social e moral que foi imputado a partir do século XIX que, com variações, se estende até nossos dias. Adoto alguns autores que se referem à invenção da infância e ao modo como a noção de maternidade foi sendo (re)significada juntamente com a de cuidado da criança. Correndo o risco de fazer uma leitura histórica muito simplificada e linear de processos bastante complexos e difusos no tempo, lembro que a intenção neste estudo, é entender as diferentes concepções que cercam (e cercaram) a maternidade e o cuidado infantil a partir da prática de enfermagem nos programas de saúde.

Badinter (1980), referindo-se ao contexto europeu, relata que apenas em fins do século XVII materializou-se o que hoje chamamos de família moderna, caracterizada pela ternura e união entre pais e filhos. Antes disso, a criança tinha pouca influência na família, sendo causa de transtorno ou de medo dos adultos. Esse medo, de acordo com a autora, precede o século XVII, remete à figura de Santo Agostinho e sua elaboração da criança como símbolo do mal. A infância era negativa, marcada pela ausência de vontade; assim, justificavam-se todas as punições aplicadas à criança para livrar os homens e mulheres

adultos/as da infância. A educação era totalmente repressora, qualquer tendência ao amor tolerante era vista pelos teóricos da época como frouxidão e pecado, viciando a criança ao invés de debelar o vício natural. Um desses autores, segundo Badinter (1980) que, em sua obra editada na França por volta de 1542, argumentava contra a amamentação, pois amamentar exprimia um caráter voluptuoso da relação amorosa de mãe e filho(a) e significava fonte de má educação. A boa educação era aquela em que se castigava o corpo para salvar a alma. À criança pequena era recomendado o isolamento em colégios internos. Esse era o pensamento hegemônico do séc. XVII.

Ariés (1981), refere em estudo realizado sobre a assistência à infância nas sociedades européias, que mesmo entre as famílias burguesas, as crianças, até o início do século XVIII, tinham pouco valor afetivo ou social para a família. A infância era reduzida ao seu período mais frágil, de 0 a 6 anos, e todos os aspectos da vida cotidiana das crianças, na brincadeira ou no vestuário, estavam misturados com os hábitos dos adultos. Aos 7 anos de idade, as crianças assumiam seus papéis sociais no mundo dos adultos, incluindo o trabalho.

A criança era considerada um estorvo até essa época. Por isso, aos poucos, por necessidade econômica ou não, instalou-se a prática de contratar amas-de-leite, hábito que, em Paris, data do século XVII. Segundo Badinter (1980), essa prática, restrita às famílias abastadas e aristocráticas, generalizou-se no século XVIII e atingiu todas as camadas sociais de cidades da França, tornando-se mais uma prática popular do que um hábito de famílias abastadas. A autora refere que o abandono do recém-nascido ocorria logo após o momento do parto, quando as amas-de-leite eram procuradas com o auxílio de um médico pelas classes abastadas. Já nas classes populares, as amas-de-leite eram agenciadas pelas recomendadoras, que ofereciam seus serviços nos mercados e praças. A forma pela qual essas crianças recém-nascidas eram transportadas até o domicílio das amas-de-leite, em carroças mal cobertas, expostas ao calor, frio e umidade, quando não caíam durante o percurso, fazia com que muitas não sobrevivessem. As que sobreviviam à viagem sofriam as conseqüências dos maus tratos das amas. Apesar de os intelectuais da época acusarem as amas de preguiça e ignorância citavam que a maior razão desses maus tratos era a pobreza em que viviam tais mulheres. Geralmente trabalhavam em lavouras, durante todo o dia, período no qual a criança permanecia sozinha. A criança, então, era amamentada no horário que convinha à ama (depois de alimentar os seus filhos e/ou alimentar os filhos das outras). Havia, também, a falta de higiene: as crianças não eram trocadas por horas, e o costume do enfaixamento provocava, por vezes, asfixia e convulsões. Badinter (1980), relata que, mesmo desmamada aos 18 ou 20

meses, a criança permanecia na casa da ama, voltando à família por volta dos 6 anos, confiada a uma preceptora.

Na França do século XVIII, a morte da criança era considerada banal, e a mortalidade infantil era elevada, superior a 25%. Dentre as explicações, estão a miséria e as razões de ordem social, principalmente entre crianças nascidas de relações proibidas e ilegítimas. O infanticídio ocorria em função da maneira como a mãe agia, pois nessa época o ideal de sacrifício materno não era difundido como hoje. O sentimento que predominava nas relações familiares era o medo. Medo da surra ou açoite a que o pai ou a figura substituta recorria à menor desobediência. “É em tal clima que temos de situar a antiga atitude materna. Violência e severidade eram o quinhão da esposa e do filho. A mãe não escapava a esses costumes” (BADINTER, 1980, p.44).

Ariés (1981, p.57) [refere que essa indiferença para com a criança no contexto das sociedades ocidentais] “persistiu até o século XIX, à medida que era compatível com o cristianismo, que respeitava, na criança batizada, a alma imortal. Consta que, durante muito tempo, se conservou no país Basco o hábito de enterrar em casa, no jardim, a criança morta sem batismo”. Essa noção de uma certa inexistência da infância também se refletia nas artes: como as crianças morriam em grande número, somente a partir do século XVII é que os retratos de crianças sozinhas se tornaram mais numerosos e que a criança passa gradualmente a ocupar o centro da família.

A Revolução Industrial na Europa e a conseqüente urbanização e industrialização das cidades trouxeram, como conseqüência, casas mal construídas e um número expressivo de pessoas que integravam as famílias, as quais se constituíam em mão-de-obra para as cidades. Em fins do século XVIII, o Estado tomou para si todas as normas para o bem-estar, que visavam a combater o charlatanismo, desenvolver a educação médica e fiscalizar farmácias e hospitais. Desenvolveu-se, na França, o conceito de salubridade do ambiente associado ao conceito de política médica. O Estado passou a interferir nas questões de saúde infantil, na gravidez e nas condições do meio-ambiente. É nessa época que começam os apelos que “recomendam às mães cuidar pessoalmente dos filhos e que lhes ordenam amamentá-los” (BADINTER, 1980, p.121). Nos fins do século XVIII, instalava-se o ideal do amor, e a autoridade materna ganha um novo espaço nas teorizações acerca da família.

Conforme o discurso médico higienista, tornava-se imperativa a sobrevivência das crianças, e o ato de “dar novamente o seio” foi posto em prática pelos médicos e administradores da época. Surgia então, a nova mãe, concepção aceita por parte das mulheres desse século, mas não tão bem aceita por outras. Badinter (1980), nos diz que a mulher

burguesa, não a aristocrata ou a pobre, é que vai aceitar esse novo papel como forma de ascensão, algo que melhorava sua posição social: passava a deter o poder sobre a casa e sobre os filhos(as). A mulher passou a ser, portanto, o eixo fundamental da família. A partir desse momento, segundo a autora, a mulher foi enclausurada em seu papel de mãe, e não mais poderá evitá-lo sob pena de condenação moral (BADINTER,1980).

Reportando-nos ao Brasil, em relação à estrutura familiar, a autoridade paterna, ou a primazia dos princípios do pai no comando da casa e da família, era inquestionável, pois o catolicismo evoluiu para a criação de figuras parentais que adaptavam a religião aos interesses do patriarcado rural. O senhor rural deveria impor seu poder ao meio e, para isso, quanto mais coesa a família, mais forte esta era considerada.

De acordo com Venâncio (1997), o abandono de crianças no Brasil colonial começa a ser percebido entre a população de origem portuguesa, principalmente na elite brasileira, a partir do século XVII. A sociedade brasileira herdara a religião européia e a crença nas almas, por isso a preocupação com aqueles que morriam sem receber o sacrossanto batismo. Em decorrência desse fato, da mesma forma que ocorreu na França, na Itália e em outros países, era necessária a edificação de casas de caridade e outras instituições com o propósito de garantir o batismo a todos. Embora motivados por questões religiosas, esses serviços receberam cerca de 50 mil crianças abandonadas entre os séculos XVIII e XIX.

Também havia, nessa época, outra forma de resolver a questão da criança abandonada: as mulheres das famílias criadeiras, que criavam as crianças abandonadas até os 7 anos, recebiam, em troca, donativos oficiais mediante a comprovação de seu batismo (VENÂNCIO, 1997). Evitava-se, a qualquer custo, o abandono selvagem, variando a origem de enjeitados de caso a caso. Não apenas as classes sociais de miseráveis abandonavam suas crianças, mas mulheres brancas, de boa posição social, também o faziam quando seu(sua) filho(a) era fruto de amores proibidos, devido ao medo da condenação moral e familiar. A questão do abandono, segundo o mesmo autor, era acobertada pela sociedade e não se caracterizava por expor a vida da criança, traduzindo-se em uma outra forma de amor materno: Do ponto de vista oficial, ‘mães que davam os filhos a criar’ pareciam desalmadas e egoístas. No dia-a-dia, porém, a realidade era outra, e o abandono podia representar um verdadeiro gesto de ternura.

Durante o período colonial, o abandono de crianças no Brasil esteve entre 30 e 60% das crianças livres e entre 50 e 100% das crianças escravas. As Rodas dos Expostos das Santas Casas surgiram para facilitar a oficialização desse abandono. Nelas, crianças de zero a 6 anos eram deixadas, vivas ou mortas, em qualquer hora do dia ou da noite, furtivamente ou

não. Essas rodas faziam interligação do ambiente externo com a área interna da casa, permitindo assim, o batismo de todas as crianças naquela sociedade cristã. Em uma sociedade em que a morte de bebês era considerada um fato comum – pelo menos 20 ou 30% dos recém-nascidos morriam nos primeiros doze meses após o parto –, a crença na transformação de crianças em anjos contribuía para que as famílias suportassem a dor da perda do filho. Acrescente-se a isso o fato de que a Roda era considerada “cemitério de crianças”: os dados de 3.282 óbitos de bebês no Rio de Janeiro entre 1868 e 1872 demonstraram isso. O interessante é a explicação para isso: as sociedades do Novo Mundo mantiveram os costumes fúnebres da civilização européia e não dispensaram o enterro cristão para seus filhos, mesmo quando se tratavam de famílias escravas. Ressalta-se ainda, que a maioria dos bebês mortos deixados na roda era de raça branca. Para explicar tal situação, o autor menciona o aumento dos preços de bens de subsistência. Todavia, acrescenta que o aumento de “anjinhos” na roda parece estar mais ligado a uma mudança de ordem institucional do que às dificuldades econômicas - na época de 1800, a Santa Casa aumentou o preço dos aluguéis de esquifes para 960 réis, e o governo proibiu enterros em locais dentro do perímetro urbano da cidade, restringindo-os à periferia, para combater as doenças miasmáticas.

“Ao deixarem recém-nascidos mortos na Roda, as mães cariocas podiam estar manifestando não propriamente um espírito de revolta, mas sim uma profunda desorientação frente à nova situação inaugurada após a laicização dos cemitérios. O abandono de anjinhos traduziria, assim, o desejo secreto de que a criança fosse sepultada no antigo cemitério da Misericórdia, localizado no centro da cidade....a Roda serviu para perpetuar a antiquíssima tradição de manter os vivos e os mortos o mais próximo possível...o que uma vez mais sugere interpretarmos a linguagem do abandono como um código cifrado do amor materno” (VENÂNCIO, 1997, p. 211-212).

Ainda querendo contextualizar algumas questões cotidianas da vida da mulher e o modo como afetavam a vida da criança, é preciso salientar que as mulheres tinham mínimas opções de vida, e a única socialmente considerada era a do casamento. Fora isso, não restava outra alternativa, senão a de permanecer sob o teto paterno, ser criada (empregada) ou tornar-se freira. O casamento era uma transação financeira, não havendo lugar para atração física ou amor. Nesse contexto, a criança ocupava um lugar instrumental dentro de casa, apenas o de filho. Tinha o direito a uma atenção genérica, pois o centro era o pai, não sendo necessário dar mostras de grande afeto à criança. A família subestimava-a, não proporcionando a quota de atenção e afeto que hoje lhe dispensamos (COSTA, 1999).

A questão da roda, segundo Venâncio (1997), traduziu a condição feminina no passado colonial. O autor lembra que na época da colonização do Brasil, no mundo católico

européu, já existiam mil anos de auxílio aos expostos. Por isso houve a criação de tantas instituições no Brasil Colônia, destinadas a enjeitados. Além disso, o aborto era uma prática considerada criminosa e demoníaca. Logo, a mulher que decidia abortar poderia ser presa ou torturada pela Inquisição. Os meios de anticoncepção, de eficiência duvidosa, ficavam nas mãos de curandeiras e parteiras, que aplicavam sanguessugas na vulva, sangrias múltiplas, vomitórios, laxativos e outros métodos que expunham a mulher ao risco de morrer. Em consequência, o abandono da criança era visto como uma forma de proteção à vida da mulher, pois a formação dos filhos (até os 7 anos) era responsabilidade da mãe e só após essa idade era do pai, segundo os manuais de criação de filhos. Os motivos que levavam as mulheres a abandonar o próprio filho envolviam: pensar em um futuro melhor, no caso de escravas; lançar mão da assistência pública e de hospitais, no caso de mulheres pobres e mães solteiras; ou se proteger de crimes morais, no caso de mulheres com filhos de amores proibidos. A Roda dos Expostos era, nesse cenário, uma solução inclusive para manter o número ideal de filhos, ou seja, um meio de controle da natalidade (VENÂNCIO, 1997; COSTA, 1999).

Costa (1999), relata que a normalização médica da família brasileira operou-se em estreita correspondência com o desenvolvimento urbano e a criação do Estado Nacional. Assim, a sociedade brasileira do século XIX entendia a higiene como parte integrante da ciência médica, pois tinha a intenção de conservar e melhorar as condições de saúde da população. A modificação do comportamento familiar era um dado importante nessa estratégia, pois a família colonial, tradicional e conservadora não combinava com as novas relações urbanas impostas pelo higienismo.

Além disso, com o advento do capitalismo, houve a necessidade de mais mão-de-obra, tanto para a produção quanto para o consumo, e então o Estado começou a se preocupar com as questões sanitárias e de saúde da população. Surgiram a puericultura e a pedagogia, que imprimiram regras e normas consideradas socialmente legítimas sobre a maneira de cuidar das crianças.

“(...)a pedagogia...ênfatizou a primeira educação, colocando-a como responsabilidade das mães, que deveriam ter mais autoridade com o cuidado dos filhos e da família. Esse novo sentimento de infância era o resultado de atitudes para que se mantivessem a inocência e a pureza da criança (“bom selvagem”), preservando-a da corrupção do meio...” (ZANOLLI e MEHRY, 2001, p.978).

Os valores calcados na crença de que todas as crianças são iguais, de acordo com um ideal abstrato moldado na criança burguesa, somados aos valores científicos, ampliaram a jurisdição da medicina, que se apropriou do conhecimento de como criar crianças (ZANOLLI e MEHRY, 2001). A criança, enquanto figura central de atenção da medicina, emergiu a partir

do século XVII: o infante ou lactente ganha espaço social, já que antes era tido como uma fração do homem (MARQUES, 2000; ARIÉS, 1981). Essas mudanças implicaram a diferenciação da imagem da mãe e a importância de seu papel em relação à infância.

Nesse sentido, o hospital também modifica sua abordagem, deixando de ser um local destinado à morte dos enfermos para se tornar um local identificador das doenças. O corpo passa a ser tratado como suporte das doenças, e o indivíduo doente torna-se relevante à medida que a doença não é mais compreendida como abstração, mas como desvio. Foi desse modo que o indivíduo passou a ser entendido como organismo individual, e o pensamento médico começou a interpretar a noção de doença como um acontecimento em um sujeito social, isto é, um ser humano vivendo em condições concretas de existência. Dessa forma, os registros da mortalidade infantil em hospitais seriam um dos argumentos desse novo discurso médico, “visando a disciplinar o manuseio do parto e dos cuidados para com a criança. Tratava-se de trazer, para a esfera de competência da medicina, objetos e práticas popularizados” (MARQUES, 2000, P. 30).

A educação, nesse contexto, passa a ser percebida como via para modelar o destino da criança. Em um processo gradativo, a educação deveria servir para inculcar na criança bons costumes, buscando alcançar fins religiosos, políticos e morais. Como o homem seria o que a educação fez dele, a criança se converteu na esperança de criar uma humanidade nova e melhor.

O ideal de saúde do novo discurso médico estimulou a produção dos “primeiros folhetos dedicados ao manuseio do parto e aos cuidados com a criança pequena, [que] combatiam as diversas práticas populares então muito difundidas em todas as classes sociais. Ao mesmo tempo, tais folhetos condenavam vigorosamente parteiras, aias, nutrizes e mães, responsabilizando-as pela transmissão, geração após geração, de tais práticas” (MARQUES, 2000, p. 31). Ao considerar o meio em que viviam os pacientes, particularmente as crianças, a medicina incorporaria a importância da alimentação da criança recém-nascida ao seio materno, estabelecendo regras para isso. A defesa da criança na sociedade articula-se também com o discurso econômico da nova ciência do século XVII, que argumentou sobre a quantidade de homens em matéria de preço, como um bem do Estado. O discurso filosófico das luzes, que propagou as idéias de liberdade e igualdade, estimulou também a divisão entre os poderes materno e paterno, modificando costumes e a procriação: a maternidade ganha ares de ternura, com exaltação ao ato de amamentação ao seio.

É preciso considerar, ainda, os discursos com os quais o Estado se dirige às mulheres através de seus agentes – médicos, filósofos, pedagogos e outros –, tornando-as alvos tanto de

súplica quanto de acusação. A partir disso, no século XVIII, surgiria a condenação do abandono do aleitamento materno, e a “responsabilidade materna torna-se central: se as mães amamentarem, os filhos sobreviverão, os pais farão seu papel como preceptores, a família será unida, a sociedade será virtuosa e o estado rico e poderoso” (MARQUES, 2000, p. 34). É interessante perceber que, a partir desse momento, ocorre uma virada histórica, tornando a lactação materna como um tema central do discurso médico, o que contraria a prática de contratação de amas de leite da época anterior.

Essa incursão pela história demonstra a maneira como as concepções de maternidade e cuidado infantil sofreram modificações em relação ao tempo, à norma social e ao lugar onde eram efetivadas. O que permite questionar o modo naturalizado e homogêneo com que elas parecem ter sido incorporadas aos programas de saúde materno-infantil implantados a partir da medicalização do cuidado infantil nos serviços de saúde.

Em relação à prática médica e de saúde, em termos de saúde coletiva, é possível visibilizar, com a adoção da perspectiva de gênero, uma nova possibilidade de abordar as posições da mulher na sociedade e o processo de saúde e doença determinado por sua situação social. Tanto do ponto de vista das ciências sociais quanto da perspectiva da saúde, a utilização da categoria gênero redireciona a discussão da saúde da mulher e da saúde materno-infantil e, em especial, permite problematizar as concepções de maternidade e de cuidado infantil vigentes.

A Saúde Coletiva, recentemente, permitiu-se visualizar outras formas para determinar a posição do indivíduo e o seu processo de adoecimento e de recuperação da saúde na comunidade, tais como a raça, etnia, a geração e o gênero (FONSECA, 2000b). Da mesma forma, entendo que, para aprofundar a questão de análise das concepções de maternidade e cuidado infantil, é importante que a categoria gênero esteja presente neste estudo.

O termo gênero é introduzido enquanto categoria analítica somente no século XX, na efervescência da década de 80, em que os estudos de diversas áreas (antropologia, psicologia e sociologia) apontam as condições de desigualdade social e política das mulheres. Os estudos feministas revelam as lacunas do sistema social em relação ao sexo feminino e imprimem a si um caráter político. Dessa forma, as pesquisas feministas não tinham características de imparcialidade e isenção de juízo de valor, pois “as questões eram interessadas, tinham origem numa trajetória específica que construiu o lugar social das mulheres, e o estudo de tais questões tinha (e tem) pretensões de mudança” (LOURO, 1997a, p.19). Tais estudos introduzem aspectos inteiramente novos na sua luta de contestação política, abordando os temas família, trabalho doméstico e cuidado com as crianças, entre outros.

Hall citado por Souza(2000), diz que o feminismo enfatizou o modo de formação e de produção de sujeitos genericados sob o ponto de vista político e social. Isto é, o feminismo politizou a subjetividade, a identidade e o processo de identificação (homens/mulheres, mães/pais, filhos/filhas). Dessa forma, o conceito de gênero passa a enfatizar o caráter de construção social, no processo de tornar-se homem e mulher, remetendo, conforme Meyer (1999, p.114), “à compreensão de construções históricas e sociais em torno do sexo, pluralizando as concepções de mulher e de homem e enfatizando os mecanismos e as instituições culturais e sociais que estão envolvidas com esta construção”.

Essas autoras utilizam o conceito de Scott (1995), para trabalhar a categoria gênero, definida tanto um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos; quanto uma forma primária de dar significado às relações de poder. Essa definição prioriza os processos históricos e sociais na construção dos gêneros feminino e masculino, rejeitando visões naturalistas e biologicistas de sexo. A autora acrescenta que

“Esses conceitos normativos estão expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tomam a forma típica de uma oposição binária fixa, que afirma de maneira categórica ou inequívoca o significado do homem e da mulher... A posição que emerge como posição dominante é, contudo, declarada a única possível. A história posterior é escrita como se essas posições normativas fossem o produto do consenso social e não do conflito” (SCOTT, 1995, p. 86/87).

Gênero, nessa perspectiva, passa a ser entendido como constituinte de diferentes e múltiplas relações sociais de poder, e essa abordagem permite examinar as diferentes formas que podem assumir a masculinidade e feminilidade. Isso aponta para uma compreensão mais ampla de gênero: os sujeitos se fazem homem e mulher num processo continuado, dinâmico, “construído através de práticas sociais masculinizantes e feminilizantes, em consonância com as diversas concepções de cada sociedade” (LOURO, 1995, p. 103).

Para Louro (1997a, p. 32), “não existe uma única mulher, mas várias, podendo ser idênticas, cúmplices e até opositoras”. De acordo com essa autora, “é necessário demonstrar que não são propriamente as características sexuais, mas é a forma como essas características são representadas ou valorizadas (...), que irão constituir, efetivamente, o que é feminino ou masculino em uma dada sociedade e em um dado momento histórico”. Assim, entender a construção social de gêneros implica admitir a idéia de pluralidade, isto é, diferentes concepções de homem e mulher em sociedades diversas. A autora ainda refere que há um estreito e contínuo entrelaçamento do social com o biológico. Esse entrelaçamento se mostra porque tal processo sociocultural envolve os corpos dos sujeitos. Essa característica

contrapõe-se ao argumento da biologização dos sexos, o qual refere que somente o componente biológico da espécie distingue o macho da fêmea na espécie humana como na maioria das espécies biológicas.

O conceito de gênero é importante neste trabalho porque nas sociedades ocidentais modernas a maternidade é representada como um elemento constitutivo da feminilidade; nesse sentido, fazer-se “mãe” decorre, em grande medida, dos mesmos processos educativos que nos fazem “mulheres” de determinados tipos. Segundo Fonseca (1997, p. 517), “a norma oficial ditava que a mulher devia ser resguardada, se ocupando dos afazeres domésticos (...)”, o que demonstra que o cuidado da criança, em tempos progressos, também era atribuição da mulher. Nessa mesma linha, Souza (2000, p. 29), em seu estudo sobre Jardins de Infância em Porto Alegre, na primeira metade do século XX, refere que “as teorias do cuidado como ideal ético, tornam-no parte da identidade de mulheres, como expressão do feminino. As concepções de cuidado ou maternagem (...) recorrem a uma visão essencializada, (...) do ser mulher (...)”. Tanto Fonseca (2000b), quanto Souza(2000), discutem tais concepções, percebendo nas mulheres identidades múltiplas, que não são fixas ou permanentes, mas fabricadas por instituições como a igreja, o governo, a política e as práticas educativas, atravessadas pelas relações de gênero, de classe e étnicas, entre outras.

A abordagem de gênero permite também entender o processo de saúde da mulher diferenciando-a da saúde materna e da saúde reprodutiva. Em geral, os programas de saúde da mulher entendem a “saúde da mulher enquanto saúde materna, saúde reprodutiva, saúde feminina, [e] (...) têm por finalidade manter a capacidade reprodutiva da mulher para a produção e reprodução dos corpos sociais...” (FONSECA 2000b, p. 14). Essa autora concorda com a posição de Breihl (1990), o qual argumenta que as questões sociais da mulher, do ponto de vista da saúde, não devem ser tratadas isoladas das questões mais gerais da sociedade e reconhece a incorporação da categoria gênero na abordagem da saúde coletiva como fundamental para compreender melhor os determinantes culturais e sociais do processo saúde-doença das mulheres e da população em geral.

A maternidade e o cuidado infantil são analisados aqui como concepções estreitamente relacionadas aos processos de construção de gênero, pois é neles que se realiza a construção da maternidade como elemento de identificação fundamental das mulheres. Essa reflexão me permite entender em que medida os(as) profissionais da saúde, no âmbito da promoção e prevenção, realizam orientações que tomam tais construções como “dadas” quando “a mãezinha” é responsabilizada pelo estado de saúde de sua criança. É desta forma que essa mulher é reduzida, essencialmente, a sua identidade de cuidadora e de mãe,

tornando-se a responsável pelo adoecimento de seu filho, independente de quaisquer outras variáveis que possam estar em jogo (LOURO, 1995, FONSECA, 1997, SOUZA, 2000).

Louro (1997), observa que grande parte da educação da mulher acontece em função de seu lugar na educação social dos filhos, o que aponta exatamente para essa redução do ser mulher ao ser mãe. Essa questão parece estar contemplada na ênfase que a Secretaria Municipal de Saúde dá à redução da morbimortalidade materna no município, utilizando como estratégia os programas oficiais de saúde materno-infantil em que a mulher, enquanto mãe, tem lugar de destaque.

O Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, “incorpora, além da tradicional assistência ao pré-natal, parto e puerpério (...), a educação em todas as ações dirigidas à mulher e o cuidado da saúde da mulher trabalhadora” (D’OLIVEIRA 1999, p. 110). Apesar do avanço em termos de saúde pública que decorre da implantação do PAISM no país, a educação em saúde continua a universalizar um sentido de maternidade em que o cuidado com os filhos ocupa um lugar central. Dessa forma, trabalha-se com o pressuposto da existência de uma essência maternal comum a todas as mulheres que tornam-se mães, englobando sentimentos, competências e cuidados semelhantes para a criança com menos de um ano. Nesse sentido,

“educação participativa, se pode ser extremamente fecunda, também corre um sério risco: sob a capa da explicação de relações de poder e da igualdade entre as mulheres, ela pode tornar-se facilmente uma forma demagógica de borrar as relações de poder, tornando todas as “mulheres iguais”, facilitando, assim, a inculcação de modelos de feminilidade na usuárias, quebrando mais eficazmente as resistências culturais, apesar da insistência dos documentos no respeito às diversidades regionais”. (D’OLIVEIRA ;1999, p. 117)

O cuidar da criança, nas práticas educativas, acaba sendo trabalhado de tal modo que o seu caráter de construção deixa de ser reconhecido e o cuidado passa a ser tratado como prática feminina natural, homogênea e universal. Meyer (2000), aponta que tais programas de atenção à saúde da mulher acabam produzindo significados de maternidade, como cuidar bem dos filhos(as), que passam a funcionar como senso comum ou são “naturalizados”, como afirmam, também, Mitjavila e Echeveste (1994).

Fonseca (2000a), em seu estudo sobre relações de gênero e violência em grupos populares, ao examinar a questão da honra feminina, refere que as mulheres se orgulham da maternidade. A naturalização da maternidade, segundo essa autora, também está presente nos grupos populares, tendo em vista que as mulheres poderão ser menos valorizadas, atacadas, caso não respondam satisfatoriamente às expectativas da comunidade ao redor: cuidar direito da organização e da limpeza da casa e manter a criança bem cuidada.

Essas abordagens permitem-me, então, questionar as recomendações acerca do ser mãe que envolvem prescrições sobre as formas mais adequadas de cuidado com as crianças no primeiro ano de vida, uma vez que tais práticas abarcam múltiplas conceituações sociais de feminilidade e masculinidade, além de confirmações científicas do saber em saúde.

Assim, as orientações de educação em saúde que promovam a saúde da criança e da mulher-mãe em nossos tempos devem tentar entender que as mães (e pais) são mulheres e homens de várias classes, raças e religiões. O que significa dizer que, quando se trata de conceber o exercício de maternidade e do cuidado com a criança, podem existir diferentes modos de desenvolver e entender “o ser mãe”.

Entendo que a evolução e contextualização das políticas de saúde no Brasil, nas quais se concretizam as orientações ditadas nos programas oficiais, fornecidas pelos(pelas) profissionais de saúde, consistem em um outro fator que também concorre para a construção da maternidade e de normas para o cuidado com a criança menor de um ano.

2.2 Contextualização das políticas materno-infantis no Brasil

“as crianças não são um problema brasileiro; os problemas é que o são para as crianças brasileiras”.(*ORLANDI, 1985, p.15*)

A partir do histórico apresentado, retomo agora, algumas dimensões das políticas de atenção à saúde da criança no Brasil, com o objetivo de apontar como elas concebem e apresentam as definições de maternidade e de cuidado infantil.

As políticas de saúde, no início deste século, tinham como estratégia intervir na realidade objetiva, de forma a “vigiar” (higienizar o ambiente), quanto ao aparecimento de epidemias que assolavam o país, causadas por doenças infecto-contagiosas: malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, tuberculose, parasitoses, entre outras (MEHRY, 1997; CAMPOS; 1994).

Nessa perspectiva, a saúde materno-infantil, assentada nos pressupostos de higienização, volta-se para práticas de saúde que visam a reduzir a mortalidade infantil e a proteger a saúde das crianças através de campanhas de vacinação, de isolamento dos doentes com a ação da polícia sanitária e no plano curativo, por meio de ações emergenciais (COSTA,

1999). A puericultura, nesse modelo, enfatiza a vocação das mulheres para a maternidade e o papel das mães como responsáveis pelo cuidado infantil. De acordo com Aquino (1999), tais programas destacam a visão hegemônica de mulher-mãe e orientam quase toda produção científica para os aspectos reprodutivos da saúde das mulheres, com ênfase naqueles relativos à saúde do feto.

O atendimento à saúde, até aproximadamente 1920, era obtido através de duas formas. Era comprado pelos que tinham recursos ou, no caso dos que não tinham posses, recorria-se à medicina popular (benzedeiros, curandeiros) ou ao auxílio de Santas Casas de Misericórdia, que atendiam indigentes e pobres (DYTZ, 1998).

No Brasil, nessa década, estruturam-se políticas públicas de saúde voltadas à proteção da criança, mas sempre a intervenção se fez por meio da mulher. Surge a educação sanitária, cuja idéia era prevenir a propagação das doenças com base em um processo educativo, de modo que as pessoas adotassem bons hábitos de higiene. Visava, também, à higiene pré-natal, infantil e do escolar (DYTZ, 1998). Em 1940, oficializou-se a educação sanitária associada ao controle de doenças contagiosas através da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (MERHY, 1997).

A industrialização acelerada vivida pelo país e a migração da população do campo para as cidades a partir da década de 50, fazem com que a demanda por assistência médica aumente drasticamente. É necessário ter corpos saudáveis para manter a produtividade do sistema, garantindo a capacidade produtiva do trabalhador, não bastando apenas sanear o espaço de circulação das mercadorias. Rocha (1987), relata que com a instalação da Escola de Enfermagem da USP, na década de 50, ganham vez na saúde pública as funções do educador sanitário, incluindo a puericultura, na enfermagem. Com o amparo de proposições da OMS e UNICEF, (organizações internacionais), oficializa-se o que já é uma prática da década anterior, ou seja, programas de saúde materno-infantil voltados exclusivamente ao fenômeno reprodutivo, com ações voltadas à mãe e ao seu filho (FERREIRA, 1997; DYTZ, 1998).

Gradativamente, o sanitarismo deixa de atender às necessidades do sistema industrializado e na década de 60, surge o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado assume, de forma reguladora e autoritária, a cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural, privilegia a prática médica individual e assistencialista em detrimento da saúde pública e orienta os serviços de saúde para o setor privado.

Na década de 70 é criado o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), que racionaliza e centraliza administrativamente a previdência. A lógica desse sistema consiste em ter o Estado como grande financiador da saúde através da previdência, imprimindo

características que moldaram a atenção à saúde até os presentes dias: um modelo voltado para a atenção individual (CAMPOS, 1994). É preciso mencionar que ocorrem algumas iniciativas, entre as quais o I Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI), com ênfase na saúde da criança e no espaço intergestacional. O PMI, como era chamado, teve início em São Paulo e só começa a ser implantado pelos demais Estados em 1974, declinando por volta dos anos 80. O PMI tem como proposta a extensão de cobertura médica a todas as crianças, sobretudo na faixa etária de menores de um ano, independente de qualquer vínculo com sistema previdenciário. De acordo com Ferreira (1997,P.182),

“o Programa Materno-Infantil estava voltado de maneira exclusiva ao fenômeno reprodutivo, quer por meio dos subprogramas, cujas ações eram diretamente dirigidas à mãe e ao seu filho, quer por meio das ações indiretas: o cadastramento e controle das curiosas, a suplementação alimentar no período de gravidez e aleitamento, o treinamento dos recursos humanos para o atendimento específico desses grupos” (1997,p.182).

Porém, o programa fracassou, pois o Estado preferiu permanecer na lógica assistencialista. Assim, o final da década de 70 se caracteriza por uma grave crise financeira, por excluir parcelas expressivas da população e não ser capaz de alterar perfis de morbidade.

Nesse contexto, inicia-se o movimento pela Reforma Sanitária. Em 1978, na Conferência Internacional de Alma-Ata, promovida pela OMS, surge a proposta de atenção e cuidados primários. Essa proposta se caracteriza pela priorização da atenção ao grupo materno-infantil, principalmente à criança oriunda de família de baixa renda, de bairros periféricos da zona urbana, cuja mãe possui baixo nível de escolaridade.

Zanolli e Mehry (2001) citam estudos de Freire (1991), que ao pesquisar o discurso da OMS, percebe na puericultura um discurso homogeneizador, na área da saúde materno-infantil, o qual racionaliza as ações e condutas e propõe soluções de ordem médica para a resolução de problemas cuja causa principal é social. Orlandi (1985), afirma que os questionamentos surgidos na década de 70 na medicina e em suas instituições determinaram uma profunda revisão na relações entre saúde infantil e sociedade. A criança, a infância e as questões relativas a elas passam a ser compreendidas e estudadas, respeitando-se as diferentes populações infantis de acordo com a classe social e socialização.

Os anos 80 começam com uma profunda crise econômica e com a reorganização política no Brasil. Na saúde, a VII Conferência Nacional de Saúde tem como objetivo discutir a implantação de uma rede básica de saúde através do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), cujo intuito é a universalização dos cuidados primários de saúde

em todo o país através de uma articulação entre entidades públicas e privadas, com regionalização, hierarquização e integralização das ações de saúde. O grupo materno-infantil não é mais setorizado, mas é visto integrado aos cuidados primários de saúde. Desta forma, o cuidado materno-infantil é contextualizado no local e no momento em que é promovido. Nessa época, dois principais programas são implantados: o Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção à Saúde da Criança (PAISC), que objetivam reduzir as taxas de morbimortalidade nas mulheres em fase reprodutiva e nas crianças até 5 anos de idade. Esses programas pretendem ser mais democráticos e menos autoritários em relação à participação da mãe no processo de promoção da saúde da criança, diminuindo a ênfase na sua responsabilidade como prestadora exclusiva de cuidado à criança.

Em 1986, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se caracteriza como um evento político muito importante pelo seu caráter democrático e pelo amplo processo de participação da sociedade civil. Tem como desdobramento prático a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), pelo poder executivo e a elaboração da nova Constituição brasileira pelo legislativo. O SUDS incorpora os princípios da reforma sanitária – universalização, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização, democratização das instâncias gestoras, entre outros – e prepara a transição para o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é definido pela Lei Federal 8.080/90 (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2000) como “o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das Fundações mantidas pelo poder Público”. O SUS tem como objetivo final dar assistência à população com base no modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde para que, através dos meios, processos, estruturas e métodos seja capaz de alcançar os objetivos com eficiência e eficácia e torná-los efetivos no país.

A Constituição de 1988 incorpora o conceito de saúde, entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais e propõe a criação de um sistema único de saúde, descentralizado e com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade. O SUS traz consigo uma proposta de atenção à saúde em que a ênfase é colocada na promoção à saúde e na prevenção de doenças em detrimento da assistência curativa. Segundo Ramos (2001), o SUS preconiza entre seus princípios : a universalidade da atenção, a integralidade das ações, a hierarquização dos serviços, equidade e controle social sobre o sistema de prestação de serviços e descentralização do comando. Em decorrência desses preceitos a municipalização da saúde é designada, para implantar um

sistema de saúde, respeitando seus princípios norteadores, adequando-o às diferentes realidades do Brasil.

No grupo materno-infantil, essa estratégia de ação do SUS vem sendo implantada até hoje, dependendo do processo de municipalização de cada localidade, promovendo grandes variações de um município para outro. Com a abertura política, que ocorre concomitante com a reforma sanitária, o interesse pelo tema da saúde da mulher ganha espaço. Os vários congressos que ocorrem nessa época, promovidos por profissionais de saúde feministas, desencadearam uma parceria com o Ministério da Saúde resultando no aperfeiçoamento do PAISM, no sentido de garantir à mulher os seus direitos de cidadã. Nesse programa, a mulher é definida como sujeito de sua própria história e não mais um elemento do binômio mãe-filho(a). A criança ganha *status* diferenciado, respeitada enquanto ser único e não como uma extensão da mãe, a partir da consolidação e aprovação da Lei 8069, de 13 de julho de 1990, que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que é uma dentre as várias inovações decorrentes da Constituição de 1988. O Conselho Tutelar é criado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, em cumprimento ao que estabelecem o art. 227 da Constituição Federal e os arts. 131 à 138 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069/90). Ficam estabelecidos os parâmetros para a criação e o funcionamento dos Conselhos Tutelares em todo o território nacional, nos termos do art. 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente, enquanto órgãos encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2000).

A municipalização, aqui no Estado do Rio Grande dos Sul, iniciou a partir de 1985, e

“em 1987, ocorreram as primeiras assinaturas dos termos de adesão dos municípios ao SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde). Nesse mesmo ano, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS/RS) repassa a rede de assistência médica ao estado, iniciando-se, assim, o processo de descentralização”. (RAMOS, 2001, p. 15).

Decorrido algum tempo de negociação entre governo e município, inicia-se a municipalização da saúde em Porto Alegre, em 1996. A partir da II Conferência Municipal de Saúde, surge a proposta de um modelo de atenção baseado em um conceito de saúde voltado para as necessidades da população.

A municipalização da saúde em Porto Alegre é coordenada pela SMS (Secretaria Municipal de Saúde), órgão da administração direta da Prefeitura de Porto Alegre, cujo processo inicia com a criação de 06 gerências distritais que agrupam 11 distritos sanitários. Os

distritos sanitários são regiões agrupadas de acordo com critérios geográficos e epidemiológicos, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde. Segundo Vaughan e Morrow (1997, p.1), “ o distrito sanitário é a unidade mais periférica de administração sanitária, que detém responsabilidades e poder decisório ante a política local de saúde.” O distrito sanitário é a descentralização das políticas de saúde, tornando-se a chave do gerenciamento dos cuidados de Atenção Primária à saúde (APS).

Em nível local (Porto Alegre), é implantado, em 1992, o Prá-Nenê, tendo origem no Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), com coordenação da Secretaria Municipal de Saúde. O SINASC utiliza um formulário – a declaração de nascido vivo (DN) – que deve ser obrigatoriamente preenchido pelos hospitais ou cartórios para obter dados do recém-nascido. As informações obtidas através do SINASC permitem conhecer as características das crianças nascidas vivas e identificar os diferentes grupos de risco dirigindo ações específicas para cada grupo, daí constituir o ponto de partida do Prá-Nenê.

Uma das estratégias da operacionalização do Prá-Nenê é a territorialização. Consiste na delimitação de áreas de responsabilidade de cada serviço de saúde para que este conheça as características de seus grupos populacionais, bem como o perfil do processo de saúde–doença desses grupos, e possa planejar ações para os problemas de saúde identificados.

Esse modelo de atendimento preconiza, além do aspecto da territorialização, o envolvimento da equipe de saúde, da população e de outras instituições que atuam nesse território (creches, escolas, e outras) para a detecção dos problemas de saúde e das necessidades desse grupo de crianças, com o planejamento de ações de promoção e prevenção decorrentes dessa detecção. A informação é considerada, nesse modelo, elemento estratégico de mudança para garantir o planejamento das ações de saúde.

O Pra-Nenê objetiva produzir ações de saúde que propiciem o pleno desenvolvimento da criança, buscando aumentar a sua qualidade de vida e a de sua família. Para isso, especificamente: “presta atenção integral a todas as crianças moradoras nas áreas sob responsabilidade dos serviços básicos de saúde no primeiro ano de vida; identifica os recém-nascidos de alto risco, dedicando-lhes atenção diferenciada, e promove ações de saúde adequadas às necessidades da criança e às de sua família” (AERTS et al , 2001, p. 58).

A partir de dados relativos ao local de nascimento, idade da mãe, peso ao nascer, apgar ao 5º minuto de vida, duração da gestação, tipo de gestação, escolaridade da mãe, número de consultas de pré-natal e endereço da criança, elabora-se a caracterização do perfil de risco dessa criança(anexo A).

A política do programa Pra-Nenê (AERTS et al , 2001), refere que a identificação do alto risco poderá ser feita antes mesmo da primeira consulta, a partir da análise dos dados do recém-nascido presentes nessa relação. Os critérios utilizados para a caracterização do alto risco são os seguintes:

- a) parto domiciliar;
- b) mãe com menos de 18 anos de idade;
- c) recém-nascido pesando menos do que 2500 g;
- d) Apgar ao 5º minuto de vida com valor menor do que 5;
- e) gestação com menos de 37 semanas;
- f) gestação múltipla;
- g) mãe analfabeta;
- h) presença de malformação congênita no recém-nascido;
- i) número de consultas do acompanhamento Pré-Natal inferior a seis.

A caracterização do risco deverá ser elaborada e preenchida em formulário próprio (Anexo A) por um dos técnicos do serviço. A pontuação associada a cada um desses indicadores de risco já citados reflete a maior ou menor gravidade da situação da criança.

Quando a soma total dos pontos for igual ou superior a 6 (seis), a criança será considerada de alto risco. Considera-se que essa criança corre o risco de adoecer mais rapidamente do que outra que recebeu pontuação abaixo de 6 e que, por isso, será alvo de atenção mais intensa por parte da equipe de saúde. Essa criança, então, será mais visitada em seu domicílio, e a mãe será “educada” com maior intensidade quanto ao cuidado que deve dispensar a ela. As informações sobre essa criança e sua família são utilizadas pelos(pelas) técnicos(as) para elaborar o plano de ação que irá contemplar ações de saúde voltadas para a promoção de seu crescimento e desenvolvimento e outras que poderão ser específicas de sua situação.

O recém-nascido pode chegar para a primeira consulta espontaneamente ou após a família ter recebido uma visita domiciliar, sendo ideal que tal consulta ocorra antes de a criança completar 15 dias. É preconizado por esse programa que a consulta não aconteça após o segundo mês de vida, pois a qualidade do acompanhamento ficará prejudicada.

A partir do primeiro atendimento no serviço, a criança deverá ter assegurada uma consulta mensal, com agendamento prévio. Para fins de avaliação desse programa, considera-se uma criança “acompanhada” aquela que comparecer a, no mínimo, quatro consultas no primeiro semestre e três no segundo semestre.

Será considerada faltosa a criança de alto risco que deixar de ser atendida por um mês e a de baixo risco que não comparecer por dois meses ao serviço. As crianças faltosas deverão receber visita domiciliar da equipe de saúde, que irá avaliar as condições da vida familiar e as razões do atraso, da interrupção ou do abandono do acompanhamento.

Aos 6 meses e aos doze meses serão realizadas avaliações, utilizando os mesmos critérios do nascimento, com o objetivo de reorientar o plano de ação para novas necessidades identificadas. A criança deverá ser acompanhada em consultas periódicas de puericultura, registradas no seu prontuário.

Apresentei a sinopse do Programa Pra-Nenê por entender que essa é a versão oficial atual de acompanhamento da criança em Porto Alegre, particularmente daquelas que não possuem convênios médicos particulares, mas são assistidas pelo atendimento organizado e gerenciado nos serviços básicos de saúde do SUS. Dessa forma, acredito que, ao desenvolver esse estudo sobre as concepções de maternidade e de cuidado infantil, necessariamente é preciso reconhecer a atual política que norteia o atendimento e atenção à saúde da criança com menos de um ano em Porto Alegre. Assim, o Pra-Nenê, especialmente aquele implantado no ambulatório básico do CSVC, será integrante do cenário no desenvolvimento das questões deste estudo.

2.3 O processo de educação em saúde nas políticas de atenção materno-infantil

*Favela/fosso/centro de saúde.
Quero quebrar a cabeça
Buscando clarear
E depois divulgar
A anatomia
A fisiologia dessa separação. Saúde!”
(EYMAR VASCONCELOS, 2001)*

Apresentarei aqui, sinteticamente, a evolução da educação em saúde nas políticas de saúde pública e de que forma elas estão articuladas ao desenvolvimento de concepções de maternidade e de cuidado infantil nas atividades destinadas a esses segmentos. Essa retomada histórica, já iniciada em capítulos anteriores, torna-se necessária para possibilitar uma melhor compreensão da educação em saúde no seu processo atual.

Levando em consideração as mudanças que ocorreram no cenário brasileiro nos últimos cinquenta anos, em especial nas duas últimas décadas, observamos que houve significativo avanço, com o advento do SUS, nas estratégias para a promoção da saúde das populações. Porém, é preciso que se diga que a educação em saúde só entrou em cena no Brasil a partir de 1970, com a criação da Divisão Nacional de Educação em Saúde. Antes, predominava o modelo assistencialista, e os esforços se concentravam na direção da propaganda sanitária, com a divulgação de folhetos, cartazes e outras formas de manifestação denominadas por Eymar Vasconcelos (2001), de “toca-boiada”, em que os(as) profissionais de saúde encaminham a população para escolhas consideradas saudáveis.

Por volta de 1960, a educação sanitária desempenhava o papel de aproximação entre os saberes científicos da medicina e a vida diária de indivíduos na coletividade (VASCONCELOS, 2001). Porém, é somente a partir do final da década de 70 que muitos profissionais, insatisfeitos com as políticas de saúde voltadas exclusivamente para a mercantilização dos serviços, engajaram-se no processo educativo, já iniciado por Paulo Freire, que ressignifica as relações entre intelectuais e classes populares. De acordo com Tyrrel (1997), a questão da saúde materno-infantil envolvia aspectos de natureza social. O Programa de Saúde Materno-Infantil fortalece-se a partir de 1975, sendo que a prática de enfermagem reproduz, na sua operacionalização, um discurso coerente com a ideologia social do país naquele momento. O programa tinha suas normas baseadas na verticalização e na administração central do governo, que “impunha para as redes de saúde das secretarias estaduais um modelo que nem sempre correspondia às condições concretas de saúde das populações assistidas” (TYRREL, 1997, p. 3).

O movimento popular em saúde, conseqüência da VIII Conferência Nacional de Saúde, aglutina várias experiências nos diversos Estados Brasileiros em que a educação em saúde passou a ser uma assessoria técnica para as demandas e iniciativas populares – um instrumento com o fim de dinamizar as trocas de conhecimento entre os atores envolvidos no processo. Simultaneamente a essa mudança, são implantados os primeiros sistemas nacionais de informação em saúde: o Sistema Nacional de Mortalidade e o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, considerados os primeiros passos para a vigilância em saúde.

Em 1980, com a conquista do Sistema Único de Saúde pelos vários segmentos da sociedade, a educação em saúde tende a assumir a nova lógica de saúde ditada por esse sistema. Muitas instituições incorporam a metodologia da educação popular no serviço público, mas encontram inúmeras dificuldades, pois o funcionamento dos serviços de saúde está subordinado aos interesses do poder político e econômico. Acrescenta-se a isso a carência

de recursos nesse setor. Nesse contexto de mudanças, o ato de educar passa a ser entendido como uma relação dinâmica na construção do conhecimento entre as pessoas envolvidas no processo, considerando-se o contexto sócioeconômico e político em que acontece essa educação. Nas discussões entre os profissionais do setor saúde e grupos de mulheres, a saúde da mulher e da criança, sempre foi alvo de reivindicação.

Usualmente, a educação é entendida por estar associada à escola e à aprendizagem, enquanto que a saúde estaria ligada aos serviços e cuidados relativos ao corpo e à mente, sendo, assim, dois campos separados. Com os movimentos sindicais e comunitários que surgem nos anos 80, a educação articula-se com a saúde, ensejando uma nova prática, que passa a ser denominada de Educação em Saúde. Nessa época, há a criação do PAISC, em que a participação comunitária deve ser estimulada através da utilização dos conhecimentos populares amplamente utilizados nas comunidades e pela disseminação dos conhecimentos técnico-científicos entre a população. Esse programa foi dirigido fortemente a um setor específico da população infantil, pobre ou carente, e representou, na época de sua criação, um empenho emergencial localizado, o que não foi acompanhado pela equidade na oferta dos serviços, posto ser esse um programa de ações básicas (MALVEIRA E SOUZA, 1998).

Para Gastaldo (1997), Valla e Stotz (1993), nesse momento ocorre uma mudança de enfoque: do sanitarista, preventivo, responsabilizando o indivíduo pelo não-entendimento das orientações para a saúde, e, portanto, pelo aparecimento de agravos, para um enfoque alternativo de educação em saúde, preconizado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (e oficializado pela Constituição Brasileira de 1988). Neste último, a saúde passa a ser entendida como resultado da articulação de condições econômicas e sociais e como um direito de cidadania.

Em 1994, o Ministério da Saúde implanta programas como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se pretendem geradores de um ambiente favorável ao desenvolvimento da educação em saúde por estarem ancorados na perspectiva da inseparabilidade das ações de promoção, prevenção e assistência, além de enfatizarem a união das ações de vigilância e planejamento em nível local.

Assim, o que se vê é que, de acordo com o momento histórico em que acontecia, a educação em saúde passou por várias denominações e características. Alguns autores classificam e nomeiam os diferentes tipos de educação em saúde desenvolvidos nos diversos serviços de saúde. Gastaldo (1997) e Valla e Stotz (1993), consideram a “educação em saúde radical” como aquela que está inserida nos movimentos sociais de luta pela organização do sistema de saúde atual. Esse tipo de educação propõe que as pessoas controlem a sua própria

saúde, exercitando o poder. Busca, também, capacitar indivíduos ou grupos para a auto-organização e desenvolvimento de ações a partir de suas próprias prioridades.

Gastaldo (1997, p. 152) ainda afirma que “a educação em saúde constrói a identidade [...] é uma experiência educacional que dá aos profissionais e pacientes/clientes elementos para que desenvolvam representações sobre o que se espera de pessoas saudáveis e doentes”. O enfoque radical é explicado por Valla e Stotz (1993), como sendo uma perspectiva educativa orientada para a transformação das condições geradoras de doenças. Essa proposta de educação pretende que os grupos sociais organizados cresçam em autonomia e iniciativa na medida em que se apropriam dos conhecimentos necessários para poder reivindicar e fiscalizar os serviços básicos necessários à manutenção da saúde (VALLA E STOTZ, 1993).

Nessa perspectiva de educação em saúde que, ao meu ver, subsidia as proposições contidas no Programa Pra-Nenê, espera-se que enfermeiros(as) saibam agir e interagir com o grupo a fim de tornar-se, mais do que um elemento facilitador, uma pessoa que se solidariza com a existência do grupo, com seus problemas no processo de viver. A enfermagem, assim como outras profissões da área da saúde, tem por objeto a promoção e proteção dos agravos à saúde. Meyer (1998) refere que, usualmente, a dimensão educativa da enfermagem é definida através de abordagens que visam ao desenvolvimento do autocuidado, à instauração de ambientes saudáveis e à incorporação de comportamentos e/ou valores relacionados com a promoção da saúde. Esses elementos da saúde coletiva são enfatizados nos chamados grupo operativos. Apesar dessas mudanças de enfoque, autoras como Malveira e Souza (1998, p. 250) referem que:

“passados quatorze anos desde sua implantação no país, o PAISC, no município do Rio de Janeiro, teve incorporado um elenco de outras ações que se colocam como prioritárias face ao perfil epidemiológico que hoje se apresenta neste município. Embora preveja um atendimento dentro da perspectiva interdisciplinar, o PAISC ainda reproduz o controle social da população através do pronto atendimento, que dá resposta rápida aos problemas que a criança apresenta” (1998, p. 250).

Nesse sentido, as orientações educativas abordadas em atividades de educação em saúde ainda são pouco analisadas como sendo ações que traduzem conceitos, significados e representações culturais do que significa cuidar bem de um filho menor de um ano. As autoras acima citadas referem que a promoção da saúde em geral fica restrita à fala vaga ou pouco enfática sobre os cuidados domiciliares, que

“podem ou não ser consoantes com a realidade social das famílias, o que coloca as mães como seres submissos ao saber e poder dos médicos e da equipe de saúde, incluindo os profissionais de enfermagem, que são os que primeiramente estabelecem contato com as mães e seus filhos quando esses comparecem aos serviços de saúde” (MALVEIRA E SOUZA , 1998, p. 250).

Essas orientações incorporam elementos que independem da formação acadêmica desses profissionais, pois decorrem de valores sociais e culturais com que eles convivem durante toda a sua vida. Hall (1997, p.2) afirma que

“em qualquer cultura, há sempre uma grande diversidade de significados acerca de todo e qualquer tópico e mais de uma forma de interpretar ou representá-lo (...). Os significados culturais não estão apenas ‘na cabeça’. Eles organizam e regulam as práticas sociais, influenciam nossas condutas e consequentemente têm efeitos reais, práticos (...). São os participantes de uma cultura que dão significância às pessoas, objetos e eventos” (1997, p.2).

Desta forma, entendo que as orientações dadas pelos serviços de saúde se inserem nesse conjunto cultural e que os(as) profissionais no exercício de seu fazer saúde são respaldados tanto pelas políticas de saúde quanto por suas vivências mais amplas. Eles(elas) detêm um saber teórico, construído com base nas significações culturais de um determinado grupo e o repassam para as mães “lá fora”, que deverão entendê-lo e, sobretudo, compreender que só assim saberão “cuidar adequadamente” de seu filho.

A educação que se difunde nesses grupos pode, pois, estar difundindo significações e conceitos do cuidar convergentes ou divergentes em relação àquilo que as mães entendem por maternidade e cuidado infantil. Tanto a cultura dos diferentes grupos quanto as políticas de saúde fazem circular significados diversos a respeito da maternidade e do cuidado com a criança menor de um ano: sobre quem preconiza os princípios desse cuidado (governo), sobre quem orienta a sua implementação (profissionais de saúde) e sobre quem é orientada (mulheres-mães) para desenvolvê-los através do cuidado com seu(sua) filho(a). São essas convergências e/ou divergências que pretendo apontar no decorrer da análise que será desenvolvida no Capítulo 4.

3 SOBRE A METODOLOGIA: O CENÁRIO



Visão parcial de um dos acessos da Vila Tronco, Porto Alegre.

3 SOBRE A METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Para discutir as concepções de maternidade e de cuidado infantil das mães e dos Programas Oficiais de Promoção à Saúde da Criança do município de Porto Alegre, utilizei como método uma abordagem qualitativa de pesquisa que se aproxima de um estudo de caso.

Considere o enfoque qualitativo, pois o processo em estudo está imbricado de valores culturais, com visões amplas e divergentes de vida das mulheres mães que participam da pesquisa. Esse tipo de pesquisa permite ao investigador de enfermagem buscar, sempre, novas respostas no desenvolvimento da pesquisa. O pressuposto que fundamenta essa orientação é o de que a realidade pode ser vista sob diferentes perspectivas, não havendo uma única que seja a mais verdadeira. De acordo com Victora et al (2000, p. 34), “a sociedade é constituída de microprocessos que, em seu conjunto, configuram as estruturas maciças, ou seja, a realidade social não é um todo unitário, mas uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente, em temporalidades diferenciadas, compondo, esses sim, uma totalidade”. Concordo com a afirmativa dessas autoras, entendendo que é a partir do conhecimento do pressuposto acima que é possível recortar alguns microprocessos e estudá-los. A partir disso, recorto o grupo de mulheres-mães da Vila Tronco, (inserida na Grande Cruzeiro), determino os documentos da política oficial e desenvolvo esse estudo, que traduz algumas das concepções de maternidade e cuidado com a criança até um ano de idade para essas mulheres-mães, que consistem nos sujeitos deste estudo.

Essa pesquisa se aproxima de um estudo de caso, de acordo com Stake (1995, p. 17), pois o “objetivo primordial do estudo de caso não é a compreensão de outros. A primeira obrigação é compreender esse caso. Se é possível devemos escolher casos que sejam fáceis de abordar e onde nossas indagações sejam bem acolhidas.” Desse modo elegi a estratégia de selecionar o grupo de mulheres mães, cuja criança esteve internada em sala de observação do PACS, durante o período de coleta de dados (junho, julho e agosto de 2001), e que, também, estavam inseridas no programa pré-nene do Ambulatório básico do CSVV.

Esse tipo de estudo envolve, a compreensão do problema ou objeto de estudo relacionado à situação específica onde ele ocorre, que revela a diversidade de dimensões de concepções que envolvem a maternidade e o cuidado infantil.

3.2 Fontes de estudo

Considerarei informantes desta pesquisa as mulheres-mães de crianças que estiveram internadas em sala de observação pediátrica do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul nos meses de junho/julho/agosto de 2001, residentes da área de atuação do CSVC, cujos filhos(as) realizam o acompanhamento no ambulatório de pediatria, inscritas no Programa Pra-Nenê. Isso significa trabalhar com pessoas vivas, com todas as suas paixões, desilusões, verdades, crenças e valores.

Considerando os objetivos propostos por este estudo, optei pela coleta de informações através da entrevista na forma semi-estruturada, pois, segundo Minayo (1996, p. 57), busca-se, com esse instrumento, obter a fala dos atores sociais: “ela não significa uma conversa despreziosa e neutra... [porque] se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada”. A entrevista, segundo a autora, fornece dados secundários e primários referentes a fatos, idéias, crenças, maneiras de pensar e de atuar, opiniões, sentimentos, condutas ou comportamentos dos indivíduos envolvidos na pesquisa. A entrevista semi-estruturada focaliza as expectativas e percepções das mulheres sobre o que significa maternidade e cuidado infantil para elas, assim como para os profissionais que interagem nas orientações educativas propostas pelo Programa Pra-Nenê.

A seleção das participantes foi realizada de maneira intencional, sendo realizada de acordo com os seguintes critérios:

- a) as mulheres-mães residiam, no momento da coleta de dados, na área de atuação do ambulatório básico do CSVC e, respectivamente, na região distrital eixo Cruzeiro/Glória e Cristal da cidade de Porto Alegre, RS;
- b) a internação de seu(sua) filho(a) na sala de observação pediátrica (SOP) do PACS, ocorreu nos meses de junho, julho e agosto de 2001, por mais de 6 horas;
- c) a criança tinha idade de zero a um ano (onze meses e 29 dias) no momento da internação;
- d) a criança estava realizando acompanhamento no ambulatório básico de pediatria do CSVC e, especificamente, estava inscrita no Programa Pra- Nenê desse ambulatório, sendo para lá referenciada para revisão pós-alta da SOP do PACS.

Considero que esses critérios me permitiram ter acesso àquela mulher-mãe, usuária do serviço de saúde, que faz acompanhamento em um programa de vigilância à saúde e que experienciou a situação de adoecimento da criança, a qual necessitou de internação em sala de observação pediátrica do PACS.

Esses critérios vêm ao encontro do argumento que avalia a maneira pela qual as mulheres mães de crianças de zero a um ano entendem as orientações de educação em saúde que lhe são dadas na rede de atenção básica de saúde. É possível que as informações que são repassadas às mulheres-mães pelos técnicos de saúde no Programa Pra-Nenê sejam entendidas, porém, como já refere Valla (2000), algumas informações e orientações podem ser “filtradas” e adaptadas por elas e algumas descartadas de acordo com as necessidades de cada usuária.

Através da aplicação dos critérios já apresentados e de detalhamento descrito no levantamento das informações, cheguei ao número de dezesseis entrevistadas, que apresento a seguir.

3.2.1 Mulheres-mães entrevistadas: quem são elas?

Maria: 16 anos, solteira e sem companheiro. Estudou até a 5ª série do 1º grau e parou devido ao nascimento do filho. Sem trabalho remunerado. Mora com os pais e um irmão mais jovem (10 anos) há nove anos em uma casa com assoalho, sem forro, três peças, com água e luz. Tem uma filha de oito meses e não tem contato com o pai de sua filha.

Márcia: 33 anos, casada há 15. Não estudou, pois era do interior (Passo Fundo) e tinha de cuidar dos irmãos mais jovens. Cuida de crianças em sua própria casa. Mora com o companheiro, sendo esse o pai de todos os seus filhos, há 18 anos, em uma casa de alvenaria de quatro peças, com forro e assoalho, luz, água dentro de casa, assim como o banheiro. Tem cinco filhos(as), sendo que a mais nova tem seis meses. Seu companheiro trabalha como pintor e servente de obras.

Mônica: 23 anos, casada. Estudou até a 5ª série do 1º grau. Faz faxina. Mora com o companheiro há dois anos em uma casa de alvenaria com cinco peças, banheiro dentro de casa, água e luz, sem forro, com assoalho. Tem três filhos(as), sendo que o mais novo tem quatro meses.

Marta: 31 anos, separada. Estudou até a 6ª série do 1º grau. Autônoma. Mora há sete meses em casa de alvenaria, com quatro peças, sem forro, com piso de cimento, água e luz, banheiro dentro de casa. Tem cinco filhos(as), sendo que a mais nova tem seis meses e é filha de seu último companheiro. Recebe ajuda do pai de sua filha para o sustento da criança.

Margarida: 30 anos, solteira. Estudou até a 5ª série do 1º grau. Trabalha em serviços gerais. Reside há 25 anos em casa de madeira de duas peças, com assoalho, sem forro, com luz, água e banheiro dentro da casa. Tem cinco filhos(as) da união conjugal anterior, sendo que a filha mais nova, do último companheiro, tem oito meses.

Marisa : 17 anos, com companheiro. Estudou até a 5ª série do 1º grau. Não tem trabalho remunerado. Reside com o companheiro há 3 anos em casa de alvenaria, três peças, piso de cimento, sem forro, com luz e água, banheiro dentro de casa. Tem um filho de 12 meses.

Marli : 19 anos, com companheiro. Estudou até a 2ª série do 2º grau. Não exerce trabalho remunerado. Mora há mais de um ano, em uma casa de seis peças, com água e luz e banheiro dentro de casa. É portadora do vírus HIV, fato que veio a saber no 8º mês de acompanhamento pré-natal, referindo ter contraído do companheiro. O companheiro trabalha e sustenta a casa.

Maura: 24 anos, casada. Estudou até a 4ª série do 1º grau. Não exerce trabalho remunerado. Reside com o companheiro há cinco anos no porão de uma casa de alvenaria, em uma peça com assoalho e forro, com apenas uma abertura que constitui a porta, com água e luz; o banheiro utilizado é o da parte superior da casa, onde reside a tia de seu marido. Tem três filhos(as), sendo que a mais nova tem 12 meses. A filha mais velha, de oito anos, é da relação conjugal anterior.

Marlene: 18 anos, sem companheiro. Estudou até a 7ª série do 1º grau. Trabalha como babá. Reside há aproximadamente 10 anos em uma casa de material de cinco peças, com assoalho, sem forro, com água e luz, banheiro dentro de casa. Tem um filho de 11 meses e não tem contato com o pai de seu filho.

Michele: 26 anos. O companheiro está preso e não ajuda no cuidado com as crianças. Estudou até a 5ª série do 1º grau e parou porque engravidou. Trabalha à noite como camareira em uma boate. Morou toda a sua vida na vila, mudando de casa várias vezes. No momento, reside em uma casa de uma peça, sem forro, com assoalho, sem água dentro de casa e banheiro do tipo fossa séptica, fora da casa. Tem seis filhos(as), está grávida novamente, e a filha mais nova tem 12 meses. É portadora de HIV, sendo que um de seus filhos contraiu hereditariamente a doença.

Marilene: 29 anos, casada. Estudou até o 2º ano do 2º grau e parou porque engravidou. Trabalha com serviços gerais em uma empresa de limpeza e atualmente está em licença maternidade. Reside com o marido há três anos em uma casa de alvenaria com cinco peças, com forro e assoalho. Tem dois filhos(as), e o mais novo tem três meses. O marido é o pai de seus filhos e atualmente trabalha em construção civil com o sogro.

Maristela: 17 anos, casada. Estudou até a 5ª série do 1º grau e parou de estudar devido à gravidez. Sem trabalho remunerado. Reside há três anos em uma casa de três peças, com forro e assoalho, luz e água e sanitário dentro da casa. Ocupa a parte térrea dessa casa, e seus pais estão na parte superior. Tem dois filhos(as), e o mais novo tem cinco meses. O marido é pintor e sustenta a casa.

Matilde: 24 anos, com companheiro. Estudou até a 5ª série do 1º grau e parou porque ficou grávida. Está desempregada, mas antes trabalhava de balconista em uma padaria. Reside desde a infância na vila, sempre no mesmo terreno, onde há casas de familiares. Mora com o companheiro em uma casa de três peças, com assoalho, sem forro, água encanada, luz e banheiro dentro de casa. Tem dois filhos, um do primeiro namorado, com quem não tem mais contato, e outro de 12 meses do companheiro atual. O companheiro tem emprego fixo e sustenta a casa.

Miriam: 16 anos, tem companheiro. Estudou até a 8ª série do 1º grau. Reside há um ano com o companheiro em casa de alvenaria, com quatro peças, sem forro, com assoalho, água encanada, luz e banheiro dentro de casa. Tem uma filha de dois meses. O companheiro é pintor e sustenta a casa.

Margarete: 26 anos, com companheiro. Estudou até a 5ª série do 1º grau e parou porque engravidou do primeiro filho. Está desempregada, mas já trabalhou em empresa de serviços gerais. Reside com o companheiro há dois anos em casa de madeira com quatro peças, com assoalho, sem forro, luz elétrica e água encanada, banheiro do tipo fossa seca fora da casa. Tem dois filhos(as), sendo que a mais nova tem sete meses. O marido trabalha como servente de obras e sustenta a casa.

Maíra: 23 anos, com companheiro. Estudou até a 5ª série do 1º grau e, no momento, está realizando supletivo à noite. Trabalha em empresa de serviços gerais e se encontra em licença maternidade. Reside com o companheiro há 03 anos em uma casa de alvenaria de duas peças, com piso de cimento, luz elétrica, água encanada e banheiro fora de casa. Tem dois filhos, sendo que o mais velho é fruto de uma relação conjugal anterior, e o mais novo, com dois meses, é da relação conjugal atual. O companheiro trabalha em uma empresa com carteira assinada e sustenta a casa.

3.2.2 Profissionais de enfermagem

Também foram considerados como informantes privilegiados desta pesquisa os profissionais de enfermagem que trabalham no ambulatório de pediatria e atuam diretamente no desenvolvimento e organização do Programa Pra-Nenê na área adstrita do ambulatório básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC). A equipe é formada por uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem. Somam-se à equipe uma nutricionista e os(as) médicos(as) que realizam as consultas de pediatria, sendo que, geralmente, esse atendimento tem como base a queixa da mulher-mãe e a medicalização do problema da criança. Em função disso, resolvi entrevistar a equipe de enfermagem, que organiza o programa em todas as fases, desde a busca ativa das crianças faltosas e a inscrição no programa em ficha cadastro (anexo A) até o agendamento de consultas e orientações de saúde. Entendo como necessário dar vez e voz aos profissionais de saúde, pois são eles que traduzem os documentos e que divulgam esse programa para as mães.

Conforme Valla, (2000, p. 17), os profissionais repassam as idéias, “mas de acordo com a formação de cada um, história de vida e vivências de cada dia, faz-se uma leitura do outro, não necessariamente de tudo o que o outro fala, mas daquilo que mais chama a atenção, daquilo que mais interessa” Esse autor esclarece que um dos grandes problemas para os profissionais de saúde talvez seja a forma como as classes subalternas encaram a vida, pois “é bem provável que estes setores tenham uma enorme lucidez sobre a sua situação social” (VALLA, 2000, p. 27), e os profissionais de saúde acabam estabelecendo uma relação de cobrança por uma sobrevivência mais eficiente, a chamada qualidade de vida... tão aclamada pelos grupos de educação em saúde. A cultura oral desenvolvida pelos manuais oficiais e pelos técnicos em saúde, “é como se fosse um filtro que faz enfatizar certas passagens, enquanto ocultava outras...” (GINGZBURG, 1987, apud VALLA, 2000, p. 25)*. Concordo com a posição desse autor e entendo que as chamadas classes populares parecem ter concepções de maternidade e de cuidado infantil diferentes daquela que é pretendida pelos documentos e manuais oficiais de atenção à saúde da criança menor de um ano, concepções essas que são filtradas de acordo com a sua visão de mundo.

* Ginzburg, Carlo. O queijo e os vermes. O cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela Inquisição. São Paulo: Cia. de Letras, 1987.

3.2.3 Documentos

Foram estudados documentos como fontes, além dos profissionais de enfermagem e das mulheres-mães inseridas no Programa de saúde, os quais permitiram contextualizar o objeto em estudo em sua versão histórico-política, pois as percepções humanas não se constroem sem estar inter-relacionadas com o contexto social, político e histórico em que ocorrem. Para isso, no processo de construção das categorias, confrontei as unidades de significados, que emergiram dos depoimentos dos sujeitos – mulheres-mães e profissionais de saúde –, com o programa de atenção e de vigilância à saúde da criança em desenvolvimento no município de Porto Alegre.

Para investigar as concepções de maternidade e de cuidado com a criança em seu primeiro ano de vida, utilizei como fontes de estudo, especificamente,

“Programa da Atenção Integral à Criança do Ministério da Saúde (PAISC) – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – Módulo 05- Aconselhar a Mãe e Acompanhante, (Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, 1999)”

“Programa de Vigilância e Atenção Integral à Saúde das Crianças menores de um ano em Porto Alegre - Pra-Nenê- (Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Porto Alegre, 2001)”.

“Agenda da Gestante – (Ministério da Saúde ,Brasília,199-).”

É necessário explicar, neste momento, que são esses documentos, entre outros, que norteiam as ações educativas dos profissionais de saúde relacionadas ao cuidado infantil e estabelecem os princípios normativos implícitos nessas ações. Esses documentos estabelecem a relação que se dá entre os promotores e os beneficiários da saúde. Portanto, são esses documentos que veiculam idéias de maternidade e cuidado infantil, já historicamente definidas e atravessadas pelas posições de gênero, que irão funcionar como ancoragem de conceituações culturais tanto para os profissionais quanto para as classes populares.

Apresento a seguir o contexto em que a pesquisa ocorreu na tentativa de mostrar o cenário que constitui o ambiente cultural onde essas políticas de saúde fazem circular as

concepções de maternidade e de cuidado infantil e as maneiras que as mulheres-mães são delimitadas enquanto sujeitos-objetos dessas políticas.

3.3 A Grande Cruzeiro: um cenário e sua trama

“Eram duas da tarde, o sol batia em cheio no asfalto que dividia o posto de saúde dos casebres da vila, chamada Tronco. O calor era insuportável! O posto, em sua grandiosidade, lembrava que em tempos passados deveria ter sido realmente importante, mas agora parecia bastante sucateado pela ação do tempo. Mas ainda parecia imponente frente aos olhinhos de Amanda, nos seus 4 anos de idade, que ia sendo arrastada pela mão da mãe com a cabeça voltada para trás:

“Cuidado, menina, olha por onde anda, senão o carro nos pega!”

Kátia, sua mãe, uma morena clara, alta, com traços que ainda lembravam a mocidade já se esvaindo pelos anos, caminhava, sofregamente no calor, arrastando os tamancos já gastos e pensando na maneira como poderia viver com mais essa novidade, mãe de quatro filhos e agora grávida de três meses. Fora consultar a doutora do posto, que lhe dizia:

-Kátia, precisas te cuidar!, entregando-lhe um envelope com o resultado do exame, que ela não entendera. Atravessa a rua, entra no primeiro beco, dobra à esquerda e avista o bar do seu Gonçalves. A menina solta-se de sua mão a correr em direção ao bar, pedindo picolé. Kátia resolve fazer uma pausa e pede: - Uma cerveja pra mim e um sorvete pra menina!

“- Ô, dona Kátia já vai um mês que a senhora não paga a conta, só no pendura – retruca o comerciante.

“- Ô, homem de Deus, pára de ser sovina, vou pagar, mas hoje estou precisando!

Kátia não conseguia pensar em mais nada... Talvez a cerveja pudesse lhe ajudar a engolir melhor o que a médica lhe falara no consultório: Kátia está com o HIV”. (Diário de campo, 08/11/01).

Com esse excerto de meu diário de campo, procuro descrever uma das muitas situações que vivenciei durante a coleta de dados e que se repetem no cotidiano dessa gente que vive na vila Tronco, local em que residem as mulheres-mães entrevistadas. A Vila Tronco se une a outras vilas, formando um conjunto que compõe a Grande Cruzeiro do Sul, abrangendo os bairros Glória, Medianeira, Santa Teresa, Cristal e Alto Teresópolis(anexo C)

A região faz parte do Distrito Sanitário – eixo Cruzeiro/ Glória/Cristal, conforme a categorização em distritos sanitários de Porto Alegre preconizada pela Secretaria Municipal de Saúde a partir da III Conferência Municipal de Saúde em julho de 2000 (Anexo B). De acordo com essa conferência, os territórios dos distritos de saúde foram compatibilizados com

aqueles já utilizados por outras instâncias, como o Conselho Tutelar, o Orçamento Participativo e o Conselho de Assistência Social (CRAS), passando de 11 para 16 Distritos Sanitários, e ampliando as Gerências Distritais de seis para oito. No distrito eixo Cruzeiro/Glória/Cristal, encontram-se vários postos de atenção básica à saúde e postos do Programa de Saúde da Família, além do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC).

A região da Grande Cruzeiro é composta por um conjunto de vilas que, apesar de já possuírem luz elétrica, água encanada e recolhimento de lixo, ainda permanecem com uma estrutura caótica em termos de organização social e com grande marginalidade. As construções variam de casas de madeira, de uma ou duas peças, a casas de alvenaria de um a dois pisos, cujas instalações sanitárias geralmente se localizam dentro de casa. A localização geográfica também não contribui com o sistema de escoamento, pois as vilas ficam em morros e, com as chuvas, o lixo é arrastado, contaminando o solo e provocando obstrução da canalização dos esgotos.

A Vila Tronco, uma das vilas que compõem a Cruzeiro, faz parte da área de atuação do ambulatório básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC), localizando-se em frente a esse serviço. Constitui-se em um reduto social e econômico discriminado pelos grupos dominantes e, portanto, denominado de vila ou favela. Fica aproximadamente a trinta minutos de distância do Centro de Porto Alegre. É um pequeno conglomerado de casas que margeiam a avenida Moab Caldas, recentemente asfaltada, que divide o CSVC e os terrenos de propriedade do exército. As casas têm uma arquitetura popular, o que é comum em áreas ocupadas irregularmente. A comunidade possui uma avenida principal que se ramifica em becos, ruelas e acessos, em uma confusão muito grande de nomenclatura.

Nessa avenida, há os minimercados, padarias, lancherias, lojas de móveis usados, oficinas e ferros-velhos, e nela circulam os transportes que atendem a população moradora. Entrando na vila, observam-se os acessos de chão batido, portas e números que ora obedecem à organização da Companhia Estadual de Energia Elétrica (CEEE), ora à do Departamento Municipal de Água e Esgoto (DMAE), e a numeração própria das ruas e acessos. O esgoto é canalizado, porém o sistema cloacal é deficiente, o que contamina o solo e torna visível o esgoto a céu aberto. Toda essa diversidade compõe um cenário desolador em função do mau cheiro, da poeira, do lixo largado pelas ruas, de cavalos presos dentro das casas e cães, muitos cães.

Na vila há bares e botequins, principalmente no acesso principal (Tronquinho ou acesso Nove), onde os homens bebem e conversam durante a tarde. Muitas vezes foram eles que prestaram esclarecimentos sobre os números das casas durante a fase de coleta de

informações. As mulheres geralmente se agrupam em um pátio só, sentadas em cadeiras, com seus filhos, amamentando os mais novos ao seio ou com mamadeira, enquanto os mais velhos brincam ao redor.

Essas mulheres-mães, quando têm um de seus filhos(as) doente(s), buscam auxílio no CSVC, que, além de prestar inúmeros serviços, mantém o PACS e o Ambulatório Pediátrico, muito procurado pelas mulheres-mães pertencentes às vilas próximas. Ressalta-se que o PACS, dentro das atuais políticas de saúde do SUS, é oferecido a toda população, independente do local de residência; porém, geralmente a clientela provém da Grande Cruzeiro. O PACS foi criado em 1988 como uma descentralização do Hospital Pronto Socorro Municipal, sendo gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde, oferecendo atendimento clínico, pediátrico, odontológico, traumatológico, de Raio X e de curativos durante 24 horas.

No PACS, inserida no atendimento pediátrico, há a sala de observação Pediátrica (SOP), para onde são encaminhadas as crianças, tanto as que passam pela avaliação do pediatra em consulta na Emergência quanto as que vêm encaminhadas pela rede de postos de saúde do SUS. De acordo com as normas da instituição, as crianças podem ficar até 12 horas em observação na SOP, mas, devido à crise no sistema de saúde do país, muitas vezes lá permanecem até uma semana, aguardando um leito em hospital do SUS. Quando a indicação prevê internação na SOP de curta duração, as crianças, ao serem liberadas pelo pediatra, são encaminhadas pelo serviço social à revisão em uma unidade de saúde adscrita à área geográfica de sua residência. As consultas são agendadas conforme critério de área de atuação de cada serviço, de referência/contra-referência,* o que é utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde .

O fato de receberem alta da SOP não significa que as crianças não sejam vítimas de recidivas. Muitas vezes, as precárias condições de vida provocam repetidas internações, muito comuns na comunidade aqui estudada, principalmente no inverno. É o que comprovam, estatisticamente, os dados do Pra-Saber, (1999, p. 78) que mostram a estatística desse distrito, de 1996¹) onde a mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal referente a esse ano foi de 21,6% nesse distrito. Esse mesmo periódico revela ainda que os óbitos de crianças menores de

* Entende-se por referência o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde ao estabelecimento de origem após resolução da causa responsável pela referência. No caso da SOP do PACS, as crianças, após internação, são encaminhadas para o posto de saúde próximo da sua residência, de acordo com a áreas de atuação, nesse distrito.

¹ Aqui são referenciados os dados do Censo de 1996, pois os dados do Censo de 2000, organizados por essa nova apresentação dos distritos de saúde de Porto Alegre, ainda não foram organizados e disponibilizados pelo IBGE.

um ano totalizam 53. Desses, sete casos foram relativos a doenças infecciosas e parasitárias; 10 casos devido a doenças respiratórias agudas; e 21 devido a afecções causadas no período perinatal.

Os dados do periódico Pra-Saber (1999), demonstra que em relação ao perfil demográfico, o distrito sanitário Quatro (eixo Cruzeiro/Glória/Cristal) contava com 153.112 habitantes, dos quais 2.779 eram crianças com menos de um ano e 10.840 eram crianças de um a quatro anos de idade. Dos 43.327 domicílios pertencentes a esse distrito, 23,7% constituíam-se de domicílios subnormais, 9,2% apresentavam abastecimento de água inadequado, 33,8% possuíam instalação sanitária inadequada e 4,1% apresentavam destino inapropriado do lixo. Até a presente data, esses dados devem ter apresentado alterações, mas o que se percebe é que persistem proporcionalmente as características registradas naquela época.

Em seu estudo sobre crianças moradoras da periferia de Brasília, Dytz (1998), relata que quase metade da população brasileira de 0 a 14 anos (40,4%) pertence a famílias jovens e pobres, em que a renda familiar situa-se abaixo de ½ salário mínimo. Vale lembrar que 45,1% das crianças brasileiras ainda vivem, no seu cotidiano, sem as mínimas condições de salubridade (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1990). Alguns autores em seus estudos associam as condições ambientais, o saneamento básico, a coleta de lixo e a existência de água filtrada nas residências com a mortalidade infantil (CARVALHO, 1988; LUESKA, 1996).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (1990), é comum que crianças que vivem nesse tipo de comunidade tenham entre seis a doze doenças infantis comuns em um ano, quase sempre tendo como consequência a desnutrição, o que pode levá-las a apresentar outras doenças comuns à infância em virtude do seu quadro debilitado.

Alguns autores, entre eles Simões e Ortiz (apud DYTZ, 1998)* relatam que a existência de uma infra-estrutura de saneamento básico e assistencial nas regiões mais desenvolvidas, cujas mulheres tenham um nível mais elevado de instrução e de conhecimentos básicos de higiene, tem contribuído para manter as taxas de mortalidade infantil em níveis decrescentes. O que confirma a idéia dos órgãos oficiais de saúde de que o grau de instrução materna está diretamente relacionado ao processo saúde–doença da criança.

* SIMÕES, C.C.S.; ORTIZ, L.P. A mortalidade infantil no Brasil nos anos 080. In: CHADAD, J.P.Z.; CREVINI, R. (orgs.) Crise e Infância no Brasil: O impacto das políticas de ajustamento econômico. São Paulo, Instituto de Pesquisa Econômicas da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo/Unicef, 1988. Cap. 8, p.243-269.

Abordo os achados desses autores(as) com a intenção de mostrar como eles(as) conceituam a saúde da criança, que seria decorrente de um maior conhecimento dos pais a respeito dos fatores: higiene, alimentação e outros. Afirmam que a falta de saneamento básico é fator decisivo nas doenças infecciosas intestinais, porém não deixam de citar a responsabilidade dos pais em alimentar em maior quantidade e melhor qualidade as crianças. Os(as) autores(as) inclusive apontam “a falta de higiene, a falta de água limpa para beber e o uso de mamadeira em vez de aleitamento materno como as principais causas da diarreia” (BRASIL, 1993).

Essas abordagens do processo saúde–doença infantil endossam as recomendações da UNICEF/UNESCO/OMS (BRASIL,1993), que referem que as famílias poderão ajudar a criança a evitar gripes e a pneumonia através de cuidados básicos. Penso que, pelo menos em Porto Alegre, existem outras variáveis envolvidas no fato de a criança contrair uma gripe (que poderá evoluir para uma pneumonia) além da responsabilização da mulher–mãe pela prevenção dessa doença multicausal.

3.4 Processo de levantamento de informações

Em vinte de setembro de 2001, recebi autorização da Assessoria de Planejamento (ASSEPLA) para a execução da pesquisa e dei início à organização da coleta das informações. Tendo em vista os critérios que foram nomeados no projeto para eleição dos sujeitos da amostra, entrei em contato com a chefia do serviço social para solicitar permissão para o exame dos registros das crianças que estiveram internadas na Sala de Observação Pediátrica (SOP) do PACS em junho, julho e agosto de 2001. É necessário lembrar que utilizei o cadastro do Serviço Social, pois o Pronto Atendimento não possui, ainda, um cadastro organizado por prontuários das crianças internadas em sala de observação.

Inicialmente, procedi ao levantamento do total de crianças até um ano de idade que estiveram internadas em sala de observação pediátrica por mais de seis horas, cujas revisões pós-alta haviam sido agendadas para o ambulatório de pediatria do CSVC pelo serviço social. Esse critério foi o que me possibilitou descartar as demais crianças que residem em outras áreas do distrito que não aquela pertencente ao ambulatório básico. Essa análise resultou em 61 crianças com idade até um ano que estiveram internadas em SOP do PACS nos meses de junho e julho de 2001.

Desse total, seis mães não compareceram ao serviço social para agendar revisão após a alta da SOP, o que resultou em 55 crianças. Das 55 fichas-família analisadas no Serviço Social, 22 crianças eram maiores de um ano na época da organização dos dados, restando 33 crianças conforme critérios.

Em seguida, com a listagem das 33 crianças, compareci ao Ambulatório de Pediatria para averiguar quais dessas crianças realizavam acompanhamento e estavam inseridas no Programa Pra-Nenê, verificando seus registros no Arquivo Pra-Nenê, anos 2000/2001. Após essa averiguação, cheguei ao total de 16 crianças. Desta forma, entendo ter entrevistado o universo de mulheres-mães das crianças que se enquadravam nos critérios já descritos deste estudo.

Entendendo que a abordagem com as mães, para a realização da entrevista, se daria mais facilmente em seu domicílio, fui a campo para localizar os endereços e agendar as entrevistas. De posse dos endereços das 16 crianças, iniciei uma nova etapa, a entrada em campo.

Antes de iniciar a entrada em campo, realizei teste piloto com duas mães de crianças que estavam internadas em sala de observação pediátrica, residentes no distrito quatro, com acompanhamento no ambulatório de pediatria do CSV. Essas entrevistas foram analisadas e avaliadas em conjunto com a orientadora, e esse processo possibilitou-me efetuar algumas alterações, que foram realizadas no roteiro que norteou a entrevista semi-estruturada.

A coleta de informações iniciou em meados de outubro, quando a maior dificuldade foi a localização de endereços, pois a numeração como já referi correspondia a numeração alternada, e na maioria das vezes eram batizadas pelos moradores por apelidos, o que muitas vezes fez a procura dos endereços não ter sucesso. Resolvi procurar pela rua e busquei informações junto aos moradores pelo nome da mãe e nome e idade da criança, sendo essa a forma como mais identifiquei os endereços nomeados inicialmente. Percebi, também, um clima de tensão diante de pessoas estranhas à vila. Deduzi, na época, que essa tensão poderia ser decorrente da ação de alguns rapazes que me cumprimentavam, que atuavam como olheiros do tráfico de drogas, o que é comum em outras vilas de Porto Alegre. A partir do terceiro ou quarto dia da coleta de dados, a comunidade já me identificava como trabalhadora do posto de saúde, apesar de não usar qualquer identificação, a não ser a pasta.

Optei por não usar o avental branco para que ele não se constituísse em um entrave na comunicação com as mulheres-mães. Entendo que, ao ostentar os símbolos da saúde e do posto, as respostas poderiam ser mais cerceadas pelas entrevistadas em função de tratar-se de alguém que, de certa forma, tem autoridade e ascendência sociocultural sobre elas.

Ao entrar em contato com as mães, identificava-me como mestranda e apresentava, em linhas gerais, a que se referia esta pesquisa. Em seguida, perguntava da possibilidade de realizar a entrevista, garantindo o sigilo acerca de sua identidade e das informações, esclarecendo que estas só seriam utilizadas para fins desta investigação, sendo destruídas posteriormente. Finalmente, era agendada a entrevista para o dia e turno de preferência da mulher-mãe.

Em um segundo momento, no dia da entrevista, apresentava-me em sua casa, tendo sido muito bem recepcionada por todas elas. Procurava, em um primeiro momento, estabelecer certa empatia com as entrevistadas e apresentava o termo de consentimento livre e informado das mulheres-mães (Apêndice C), solicitando-lhes que o lessem e o assinassem, no caso de aceitarem participar da pesquisa. Esse termo consistia de um documento formal em que estava explicitado seu consentimento, os objetivos gerais da pesquisa, a garantia da privacidade e a liberdade que tinham para recusar ou prosseguir como participantes deste estudo. Também, nesse momento, eu preenchia um formulário com dados de identificação, número de filhos, condições de moradia e nível de escolaridade. Em casos em que a mulher não soubesse ler, eu lia o termo, pausadamente, e sempre perguntava se tinha dúvidas para então solicitar a assinatura de seu primeiro nome, caso soubesse escrevê-lo.

Após a realização desses procedimentos, iniciava-se a entrevista, que era gravada, abordando os temas referidos no roteiro do instrumento. A entrevista durava de 45 a 90 minutos, dependendo, principalmente, das respostas das mulheres-mães, de seu nível de inibição e também das condições em que se realizavam as entrevistas (muitas vezes tive de sentar no chão ou em pedras, pois na casa não havia acomodações suficientes).

Não foram encontradas seis mulheres por motivos variados: mudança de endereço; não-localização da mulher-mãe no endereço registrado e, por fim, a impossibilidade de entrevistar uma das mães eleitas, pois esta trabalhava em turno integral, inclusive aos sábados, em uma casa de família.

Frente a esse obstáculo, restou-me ir realizar, no serviço social do PACS, novo levantamento das crianças internadas no mês de agosto, contrapondo-as àquelas que estavam registradas no Arquivo do Programa Pra-Nenê do ambulatório de pediatria do CSVC. Das 25 crianças com idade até 12 meses internadas na SOP, apenas 10 constavam no livro de registros do programa Pra-Nenê. Listei os endereços, dos quais seis foram encontrados, sendo então agendadas e realizadas as entrevistas com as mães. Mantive, assim, em dezesseis o número total de mulheres-mães entrevistadas.

3.5 Procedimentos de análise das informações

Para mapear os propósitos desta pesquisa, utilizarei a análise de conteúdo temática proposta por Minayo (1996). Essa autora refere Bardin para definir o que é tema: “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve como guia à leitura” (BARDIN, 1977, p. 205).

A partir disso, Minayo entende que a análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (id.,1996, p. 209).

Operacionalmente, segundo Minayo (1996), o método de análise de conteúdo temática é composto pela ordenação dos dados, tanto das entrevistas quanto do conjunto do material coletado, incluindo a transcrição das fitas cassetes e/ou textos. A leitura flutuante e a organização dos relatos em determinada ordem constituem o início da classificação. Leitura flutuante, “consiste em tomar contato exaustivo com o material coletado, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo”. (MINAYO, 1996, p. 209)

Através da leitura exaustiva do texto, é possível “apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos chave de sua existência sobre o tema em foco” (MINAYO, 1996, p. 235).

A leitura exaustiva das entrevistas, na perspectiva do referencial teórico apresentado, permitiu o mapeamento das unidades de significado. Após esse momento, faz-se o enxugamento da classificação por temas mais relevantes em categorias centrais que envolvem as unidades de significado das falas dos sujeitos entrevistados. Essa análise foi desenvolvida acrescida da análise dos documentos já citados para construção dos temas centrais sugeridos pelas questões norteadoras deste estudo. Esses temas centrais contemplaram as visões das mulheres-mães, dos documentos oficiais dos programas de atenção à saúde infantil e dos profissionais de saúde que operacionalizam tais programas, que são:

- a) condições de vida e a rede social de apoio das mulheres-mães;
- b) concepções das mulheres-mães e suas relações com o Sistema de Saúde;
- c) concepções de maternidade e cuidado infantil para as mulheres-mães para os(as) profissionais de enfermagem e contidas nos documentos estudados.

3.6 Aspectos Éticos

Preliminarmente, solicitei, através de ofício, a autorização da Comissão de Ética do Serviço de Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (ASSEPLA) para a realização deste estudo.

A coleta de dados foi realizada no Serviço Social do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) e no registros de prontuários do Programa Pra-Nenê do Ambulatório de Pediatria do Centro de Saúde Vila dos Comerciários(CSVC).

As entrevistas foram realizadas após aceite em termo de consentimento informado e gravadas para posterior transcrição. Por motivos éticos, os nomes das informantes foram substituídos por nomes fictícios para preservar a privacidade das mulheres-mães.

As profissionais de enfermagem também realizaram as entrevistas após assinar o termo de consentimento informado, sendo que foram identificados numericamente(I, II, III) neste estudo.

4.2 CONCEPÇÕES E RELAÇÕES DAS MULHERES MÃES COM O SISTEMA DE SAÚDE



Mulheres-mães realizando atendimento no programa pré-natal do ambulatório básico do CSVC.

4 DANDO VOZ: ÀS MULHERES-MÃES

AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E

AOS DOCUMENTOS DA POLÍTICA DO PRÁ-NENÊ

*“Ser mãe é um barato se o filho é caro.
Ter mãe é o maior barato se a mãe não for barata.
Invoco o poeta:
Filhos? Melhor não tê-los.
Mas se não tê-los, como sabê-los”.*

(SUZANA de QUEIROZ CAMPOS TONIN)

De tudo o que foi exposto sobre a história da maternidade e o cuidado com a criança e sobre os modos como as concepções de maternidade e de cuidado infantil foram historicamente produzidas e/ou veiculadas pelas Políticas Públicas em Saúde, entendo que há uma multiplicidade de concepções que permeiam o exercício profissional na área da saúde, as quais muitas vezes se diferenciam das concepções das mães usuárias desses serviços. Em função disso, através das informações coletadas das mulheres-mães entrevistadas e dos profissionais de enfermagem que operacionalizam o Programa Pra-Nenê implantado em Porto Alegre, além das diretrizes desse programa, estabeleci as unidades temáticas centrais deste trabalho, que serão discutidas a partir destas três vozes:

- a) das mulheres-mães, sujeitos deste estudo;
- b) do Programa Pra-Nenê de Porto Alegre;
- c) dos/das profissionais de enfermagem do programa Pra- Nenê do ambulatório básico do CSVC.

4.1. Condições de vida e rede de apoio das mulheres-mães

“A cidade que anoitece nunca é a mesma que amanhece. Ela é um ente nunca acabado com uma desafiadora riqueza que sua própria diversidade oferece.”

(NEWTON BURMEISTER)

Nesse primeiro momento analiso as condições de vida, traduzidas pela moradia, o sustento da família, incluindo a questão da renda familiar e as uniões conjugais, que determinam as conformações da família e são responsáveis por diferenças nas concepções de cuidado infantil e de maternidade dessas mulheres-mães.

A questão da anticoncepção e as maneiras de as mulheres deste estudo evitarem novas gestações estão diretamente ligadas aos conceitos de maternidade gerado e ao modo de exercê-lo. O nascimento de um filho parece ser uma consequência direta de cada novo relacionamento sexual, que pode ou não envolver afeto. E isso pode alterar comportamentos das mulheres que se tornam mães e o seu entendimento de ser uma boa mãe.

As relações interpessoais do cotidiano e a violência familiar e social são percebidas de formas diferenciadas pelas mulheres-mães e de alguma maneira também trarão consequências no modo de ela enfrentar a maternidade e no cuidado com os(as) filhos(as).

Essas variáveis foram abordadas e analisadas porque entendo que estão de alguma forma relacionadas ao modo como as mulheres-mães deste estudo concebem o ser mãe e o modo de cuidar a criança no primeiro ano de vida.

4.1.1 Moradia

Sabe-se que a maior parte da clientela dos serviços de atenção básica à saúde, principalmente mulheres-mães de crianças menores de um ano, alvos do Programa Pra-Nenê, são moradoras de locais com precárias condições de habitação – as vilas da cidade (DYTZ, 1998; ROUQUARYOL, 1995).

Percebi, através da fala das entrevistadas, que elas têm consciência dessa realidade:

“Ela mora lá, eu moro aqui. Aqui era de madeira, antes, agora pouco, que eu fiz de material. ..., eu já vou sair daqui, comprar uma outra casa para mim. É que aqui não tem pátio, para eles brincarem. O pátio é pequeno. Um banheiro é muito incômodo para mim e para ela. Às vezes eles querem ter a liberdade deles e aqui o pátio é muito pequeno.” (Maíra)

Do total (16), 15 entrevistadas possuíam água e luz elétrica no seu domicílio, sendo que uma delas morava em um barraco onde só havia luz. Das 16 mulheres-mães, cinco tinham instalações sanitárias fora de casa, caracterizando-se por fossa séptica. Na casa de 12 mulheres predominava o tipo alvenaria, constituindo-se mais em “barracos mistos”, sem forro, construídos com tijolos irregulares; quatro entrevistadas possuíam casa de madeira. A maioria das casas (oito) compunha-se de três a quatro peças, sendo que uma entrevistada morava em um barraco de uma só peça com seus filhos.

As habitações de alvenaria tinham piso, na maioria das vezes, de cimento queimado, diferenciando-se das casas de madeira, que têm assoalho. Das 16 habitações, cinco possuíam forro de madeira e 11 tinham apenas as telhas da casa na condição de teto. Essas habitações são consideradas subhabitações pelo Instituto Brasileiro Geográfico do Estado (IBGE), que utiliza o conceito de domicílios de aglomerado subnormal (favelas e similares) como “um conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais, ocupando, ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou privada), dispostas, em geral, de forma desordenada e densa e carentes em sua maioria de serviços públicos essenciais” (IBGE, 1988, citado por PRA-SABER, 1996)*.

Das famílias entrevistadas, cinco residiam há menos de dois anos na Vila Tronco, cinco residiam de cinco a dez anos e seis residiam ali há mais de dez anos. Esses dados caracterizam a diversidade das entrevistadas, mesmo que localizadas no mesmo espaço social e geográfico.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Planejamento de 1996*, 18% dos habitantes de Porto Alegre residem em áreas irregulares, ou seja, 237.500 habitantes. Conforme as estimativas do Departamento Municipal de Habitação (DEMHAB) de 1996, considerando-se os becos, núcleos e vilas irregulares com dez ou mais domicílios, haveria no município um total aproximado de 289 áreas em situação de irregularidade fundiária e/ou urbanística, sendo que essa população estaria concentrada em dez bairros de Porto Alegre:

* FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Manual de Atualização Cartográfica. Rio de Janeiro: IBGE, 140p. 1988. * Refiro-me aos dados de 1996, pois só houve divulgação parcial dos resultados do censo de 2000.

Santa Tereza, Sarandi, Bom Jesus, Cascata, Nonoai, Cristal, Partenon, Farrapos, Jardim Carvalho e Vila João Pessoa (cerca de 65% da população que vive em aglomerados subnormais).

A Vila Tronco é parte integrante das regiões de grande carência da cidade e configura-se como parte da população citada por Burmeister, arquiteto responsável pela Secretaria Municipal de Planejamento Urbano, em *site* da Web, sobre a releitura de Porto Alegre nas últimas duas décadas como uma outra cidade, dita informal, que cresceu à margem das normas vigentes. Segundo ele, hoje há cerca de 30% dos porto-alegrenses fora do mercado formal da habitação, o que representa mais de 300 mil pessoas. É um contingente equivalente à população de grandes cidades do interior do Estado, como Caxias do Sul, por exemplo. A parte estruturada de Porto Alegre vem crescendo a uma taxa inferior a 1% ao ano, enquanto a cidade informal aumenta 4% ao ano. Isso serve de alerta, pois é a parte empobrecida da cidade que mais estava crescendo desde o final do século XX. Burmeister alerta sobre o percentual de crescimento da urbanização da capital, redirecionando o olhar no sentido de entender que tudo é a cidade de Porto Alegre.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre, em seu periódico Pra-Saber de 1996, a população moradora desses bairros da cidade, que vive em condições desfavoráveis, representa 30% da população total.

De 1984 a 1990, houve aumento da extensão de rede hidráulica e de esgoto cloacal (PRA-SABER,1999). Porém, em 1996, o abastecimento de água era inadequado para 5% da cidade. Em relação às instalações sanitárias, em 1996, esses percentuais eram elevadíssimos, havendo uma coincidência entre os bairros mais carentes de equipamentos urbanos e a maior ocupação irregular dos terrenos, ou seja, dos conglomerados de habitações subnormais – favelas ou vilas.

Os dados apresentados pelo Ministério da Saúde sobre o percentual da taxa de pobreza, por unidade federada, nos anos de 1997, 1998 e 1999, no Rio Grande do Sul foi de 18,65%, 17,67% e 18,69%, respectivamente, enquanto que na região metropolitana de Porto Alegre, foi de 11,87%, 11,68% e 13,71%, respectivamente, o que demonstra, mesmo em nível macro, que a taxa de pobreza da população, considerando-se as regiões acima citadas, não declinou. Ao contrário, a taxa de pobreza aumentou na região que circunda Porto Alegre.

Esses índices são indicativos do nível social e econômico em que vivem as mulheres entrevistadas e suas famílias. Um dos itens da ficha de avaliação do Programa Pra-Nenê corresponde a problemas familiares, sócioeconômicos e de infra-estrutura. É uma variável aberta, podendo ser preenchida de acordo com a subjetividade do entrevistador, que pode

atribuir de 1 a 6 pontos à realidade que observa. Assim, percebe-se que, as moradias das entrevistadas são consideradas subabitações, localizadas em um conglomerado subnormal, e, portanto, todas as crianças nascidas nesse conglomerado de subabitações necessariamente serão pontuadas com, no mínimo, 1 ponto na classificação considerada de risco. O objetivo aqui, é demonstrar que os números podem colaborar para o entendimento das concepções que norteiam as práticas das mulheres-mães no cuidado de seus filhos(as), dos profissionais que orientam essas mães e das políticas públicas que estabelecem tais concepções, e não somente para conhecer os índices que caracterizam esse tipo de população, sua habitação e condições de vida e de saúde, enquanto fontes estanques em si.

Também, através do conhecimento dos indicadores sociais de Porto Alegre, pode-se compreender de que forma as políticas públicas de saúde operam para a promoção da saúde e de infra-estrutura. Os processo de promoção da saúde da criança e os processos de saúde-doença dessa faixa etária estão relacionados com essas variáveis.

4.1.2 Sustento Familiar

As mulheres do estudo geralmente pertencem a uma classe social desfavorecida economicamente e ocupam determinados tipos de postos/ocupações tanto no mercado formal de trabalho quanto no mercado informal. Todas as entrevistadas (16) trabalham na organização da casa e cuidado dos(as) filhos(as), dez delas também atuam no mercado formal – faxineiras, camareiras, babás e auxiliar de serviços gerais – e seis contribuem com a renda familiar, via mercado informal, com a confecção e venda de artesanato, comercialização domiciliar de produtos cosméticos e de semijóias, entre outros, o que assegura a manutenção parcial das necessidades econômicas da família:

“Trabalhei de auxiliar de serviços gerais. Das 8 da manhã às 5 da tarde...” (Margarete)

“Nós dois trabalhamos, mas mais ele. Agora ele, porque até eu entrar ... com o auxílio maternidade que eu não entrei ainda.” (Maíra)

“Eu faço crochê . Agora eu estou fazendo crochê, só. Eu faço ... faço cestinha de jornal, chinelo. Essas coisinhas assim.... Ah, eu vendo para os vizinhos, para o pessoal conhecido. E estou vendendo calcinha e sutiã.” (Marta)

De acordo com informações da ASSEPLA da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre (PRA-SABER,1996,p.47) de 373692 chefes de domicílio, 32,4% tinham renda até dois salários mínimos, e desse total 108667 eram mulheres. Chefe de domicílio, diz Carvalho (1998, p.8), são “situações onde famílias e/ou domicílios são liderados por mulheres sozinhas, onde o parceiro masculino está ausente ou desempregado”. Considero que a questão da chefia de domicílio está, intrinsecamente, relacionada à inserção dessa mulher no mercado de trabalho, mas nem sempre essa denominação é adequada, pois “o sustento do domicílio pela mulher raramente será considerado razão para identificá-la como chefe nos casos em que o homem esteja presente” (CARVALHO, 1997,p.9). Além disso, a divisão sexual do trabalho, existente e ainda constatada nos dias de hoje, emperra a possibilidade de igualdade no mercado de trabalho, fazendo com que o trabalho feminino seja menos remunerado e valorizado do que o masculino. Esses fatores atingem diferentemente as diversas classes sociais principalmente quando se retoma a questão da população marginalizada e “informal”, vivendo em condições de precariedade.

É sabido que, no Brasil, nas últimas décadas, ocorreu um aumento da participação feminina no mercado formal de trabalho (NOGUEIRA, 1994). No entanto, esse autor argumenta que o incremento foi “sobretudo de mulheres com mais de oito anos de escolaridade, sendo que as de baixa escolaridade e baixa renda continuaram alijadas” (id., 1994, p. 26). As mulheres-mães que vivem em condições precárias de vida, que têm muitos filhos e estão sobrecarregadas com o ônus social da responsabilidade de cuidá-los, são exatamente aquelas que direta ou indiretamente estão alijadas do mercado de trabalho.

As informações da Fundação de Economia e Estatística (FEE ,1998) apresentadas no Caderno de Resoluções da III Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre (2000, p.18) referem que a taxa de desemprego é maior entre as mulheres. Além disso, acrescentam que há casos de famílias chefiadas por mulheres que têm rendimentos menores do que aquelas chefiadas por homens. Reconhecer esses fatos, acrescidos do que diz Carvalho (1998) sobre admitir que os domicílios sobrevivem com uma única renda, sabendo-se que a renda da mulher e de outros membros da família é importante estratégia de sobrevivência, também significa admitir que está acontecendo uma grande diversidade naquilo que era considerado modelo familiar, papéis sexuais, função materna e, conseqüentemente, cuidado dos filhos(as).

“Sim, eu sustento [a casa], eu consegui emprego agora. Faz pouco tempo, faz um mês. Então, é assim que eu me vejo. É um salário e pouco, duzentos e pouco... Serviços gerais..., em vários lugares... Faço dois

condomínios por semana. Faço um condomínio de manhã, e outro de tarde. Um é ali na Protásio, o outro é lá no Jardim Lindóia.” (Margarida)

Partindo dos conceitos de família, papéis sexuais, função materna e cuidado dos(das) filhos(as), considerados centrais tanto nas concepções preconizadas pelos documentos em estudo quanto naquelas referidas pelas mulheres-mães, recorro às informações e reflexões de Claudia Fonseca (2000a). A autora, socióloga e antropóloga, desenvolveu um estudo sobre as relações familiares em grupos populares na comunidade da Vila Cachorro Sentado de Porto Alegre. Essa comunidade tem características equivalentes às da Vila Tronco, cenário de meu estudo, quanto aos tipos de relações e ao perfil de mulheres-mães que moram nessa vila.

A autora discorda que a chefia feminina do domicílio seja similar ou equivalente à do modelo da matrifocalidade de arranjos familiares, no qual o poder da mulher, limitado durante os primeiros anos de casamento, aumenta à medida que as crianças crescem. Com base em seus estudos, Fonseca aponta que, cada vez que ocorre uma separação e um rearranjo familiar, há uma ruptura representada pela mudança de endereço, e “a mulher não somente mudará de casa, como também muitas vezes será obrigada pelo novo companheiro a se livrar de filhos nascidos em leitos anteriores” (FONSECA, 2000a, p.69).

A realidade das entrevistadas demonstrou que existe uma migração constante no mercado de trabalho, e muitas vezes esse mercado pode ser formal ou informal. Entendo que essa situação seja o resultado de inúmeras variáveis que perpassam o seu caminho, entre elas a presença do cônjuge ou não (podendo esse ser ou não o pai de seus filhos), a proximidade afetiva e geográfica da rede familiar (mãe, irmãs ou irmãos) ou de vizinhos, os quais desempenham o apoio necessário a sua sobrevivência. Carvalho (1997) refere que as responsabilidades domésticas e de cuidados com os filhos podem forçar as mulheres a procurar trabalhos com maior flexibilidade, no setor informal ou na produção doméstica, em que a remuneração tende a ser baixa e intermitente.

Percebi essa situação no caso do grupo de mulheres-mães entrevistadas, para quem a permanência ou não em um trabalho, mesmo que doméstico, está mais vinculada a uma certa liberdade de horários que essa ocupação pode lhe conceder do que ao salário propriamente dito. É assim que a gravidez surge como fator quase que decisivo na determinação de deixar o emprego e optar temporariamente por outras formas de sobrevivência:

“Trabalhei com uma amiga minha na casa dela.... Que ela estava precisando.... ajudando ela, na casa e tal. Aí depois que eu fiquei grávida do Fabrício não trabalhei mais fora.” (Miriam)

“Eu vendia Natura, eu vendia Avon, eu vendia semijóias. Mas é uma coisa que é difícil . Até que... eu engravidei dele, aí não tinha mais como eu sair pra vender.” (Marli)

“Agora eu cuido dos filhos das vizinhas. Eu fico o dia todo. Eles vêm para cá 7h da manhã, alimento eles, eles vão embora só de tarde. Não é muito ,é que dessa eu cobro 50 por mês, o outro às vezes eu cobro 60 dos dois porque é mais [de um] para pagar. Mas é bom para elas [minhas filhas] porque eu compro um calçado, uma roupa.” (Márcia)

Márcia é uma das mulheres que optou por realizar atividades no mercado informal – cuidar dos filhos(as) das vizinhas que trabalham fora mediante pagamento – por encontrar maior flexibilidade de horários em relação ao emprego anterior (mercado formal). Bruschini e Lombardi (2000), em seu estudo sobre o trabalho feminino contemporâneo, relatam que, em 1997, 18% da população feminina economicamente ativa estava na categoria de trabalho doméstico. Essa é uma realidade que não surpreende, pois, na sociedade, culturalmente, fica por conta das mulheres a organização da casa e os afazeres domésticos, independente de sua posição no grupo familiar ou do fato de ela trabalhar ou não fora do lar. As autoras ainda dizem que, “quando esses afazeres são realizados pela dona de casa, no âmbito da família, eles não são considerados trabalho e são computados pelas estatísticas como inatividade econômica” (BRUSCHINI E LOMBARDI, 2000, p.70). De acordo com essas autoras, quando esse trabalho é exercido por uma pessoa contratada, ele modifica o seu significado e passa a se chamar de emprego doméstico. As trabalhadoras domésticas e os poucos trabalhadores domésticos que estão na prestação de serviços, principalmente no setor privado (85%), estão subclassificados, de um lado, por aquelas que vivem no local de trabalho e recebem salário mensal – mensalistas residentes –, e, de outro, por aquelas que têm contrato mensal, mas que não residem no local de trabalho, embora lá compareçam diariamente. Há ainda as diaristas, que não residem no local de trabalho e recebem por dia, semana ou mês, sendo, segundo as autoras, o grupo com menor número de carteiras de trabalho assinadas. No presente estudo, também se percebe essa diferenciação entre as classes de trabalhos domésticos, pois sete mulheres referiram que não exerciam atividades fora do lar e que, portanto, eram donas de casa. Das que trabalhavam com remuneração (nove), quatro trabalhavam no mercado informal, com vendas e cuidado domiciliar de crianças, e cinco em empregos domésticos: três em faxinas e duas em condomínios (setor terciário) – com carteira de trabalho assinada. O trabalho doméstico é um ramo empregatício exercido historicamente por mulheres, de acordo com Bruschini e Lombardi, (2000, p. 70): “desde o século passado, o serviço doméstico vem

absorvendo cerca de um quinto das trabalhadoras”. Melo (1998), em seu estudo, cita dados comparativos de 1985 e 1995, constatando que a categoria de trabalhador doméstico é essencialmente feminina, o que demonstra como o gênero está relacionado a essa ocupação: “mais de 90% dos seus trabalhadores foram e são mulheres. Essa situação não foi alterada na década estudada. Em 1985, havia cerca de 35 milhões de mulheres (93,57%) para cerca de 250 mil (6,43%) homens, e, em 1995, são 48 milhões (93,16%) de mulheres para 350 mil (6,84%) homens” (MELO, 1998, p. 330).

“[Trabalho em] casa de família, faxina, é só uma casa. Um apartamento de duas peças. Eu pego cento e cinquenta por mês. É segunda, quarta e sexta, só. Três vezes na semana.” (Mônica)

Mônica é uma das mulheres que trabalha em casa de família, sem carteira assinada, e atualmente se encontra afastada em função do nascimento do filho. Nesse momento, conta com o apoio do companheiro:

“Quando o meu marido sai, ele já deixa as mamadeiras dos dois [filhos] prontas que ele sabe. Daí, no caso, depois já vem o Gabriel. Me levanto, faço o que tem que fazer e depois eu atendo ele, a alimentação dele, a mamadeira... Tudo normal também.” (Mônica)

No caso das mulheres que têm companheiro/esposo, geralmente a renda é complementada pela atividade remunerada dele, que também exerce atividades no mercado informal, como pintor, pedreiro, auxiliar de serviços gerais, entre outras. Neste estudo, constatei que existe um acordo de sobrevivência entre a mulher-mãe e o pai das crianças. Fica claro que a mulher-mãe conta com o auxílio financeiro ou moral do pai (quando conhecido e presente) para seus(suas) filhos(as):

“É minha mãe, minha irmã, meu marido que trabalham. É eu, o meu marido, a minha mãe. A minha mãe é doméstica. O meu marido, ele é entregador de jornal.” (Marli)

“Eu cuido de criança em casa de família, só. Não muito tempo assim, um pouco de tempo em cada serviço .O meu marido trabalha. Instalador,...hidráulico, eu acho ” (Maura)

“Meu companheiro trabalha em serviços gerais. Meu pai, meu irmão, minha mãe, minha cunhada. Não, todo mundo se divide assim. A gente faz um rancho grande, todos dividem e depois o que eu preciso fora, eu compro, meu irmão compra.”(Marilene)

“O meu marido solta cedo, 4 horas, 4 e meia por aí ele já chega. [Eu trabalho] o dia todo. Eu vou chegar mais tarde. Ele ajuda bastante. Agora ele está encostado, porque ele quebrou o braço... É empresa... Carteira assinada. [O emprego] dele era no museu, lá no MARGS. Agora como ele quebrou o braço, ele saiu.”(Marilene)

No caso da questão econômica, Fonseca (2000a), refere que no mercado formal, os empregos femininos são mais raros e com rendimentos inferiores; porém, quando o homem não trabalha, ou se recusa a dividir o que ganha (separações), a esposa não procura alguma forma de serviço mais regular. Geralmente, a questão imperiosa que se coloca como obstáculo para admitir um vínculo empregatício mais regular é o cuidado com as crianças.

Entendo que, para essas mulheres, a inserção no mercado de trabalho deixa de ser um símbolo de autonomia e liberação para tornar-se obrigação, e, por isso, quando o homem-pai trabalha e garante o sustento dos filhos(as), isso lhes possibilita ficar em casa. Tais mulheres justificam o cuidado dos filhos(as) para não aceitar trabalhos com maior carga horária no mercado formal ou informal. No caso das mulheres-mães entrevistadas na Vila Cruzeiro, pude constatar que 11 das que não trabalhavam no mercado formal apontaram o cuidado das crianças e a organização da casa como principais motivos para ficar em casa.

“E o meu marido quis, também. Me deu bastante força ... Porque eu estava trabalhando quando eu fiquei grávida, daí depois tive que parar de trabalhar e daí ele não quis mais que eu trabalhasse por causa da gravidez. Parei... daí ele disse assim: não, então acho melhor tu parar até tu ganhar, depois se tu quiser daí, se a dona, se a tua patroa quiser, tu volta[a trabalhar].” (Mônica)

Márcia desistiu do emprego noturno em função do cuidado dos filhos. Hoje, ela cuida de crianças – os filhos(as) das vizinhas – em sua própria casa, mediante pagamento:

“Ah, eu tive que largar o meu serviço...Trabalhei um monte de anos, aí fui obrigada a pedir as contas....Gostava de lidar com comida. É como eu disse, quando tem alguma coisa assim entre os filhos ...tem que sempre escolher o melhor dos teus filhos. Eu trabalhava de noite. Era num horário ruim. Eu pegava das 17h até 1h, 2h da manhã. Então, eu acho assim que em primeiro lugar vinha eles. Não ia deixar eles abandonados nesse meio tempo para trabalhar.” (Márcia)

Aquelas que não têm companheiro, são solteiras e moram na casa dos pais são sustentadas por eles:

“Essa aqui é a Ingrid, e o Cristian tá ali, deitado...o Cristian tem 14. Eu tenho 18. ... No momento é o meu pai que trabalha. Ele é pintor. A mãe trabalha em casa.”(Marlene)

Marlene não tem companheiro no momento, reside com seus pais e irmãos (Ingrid e Cristian) e atualmente trabalha como babá. Pude perceber que as mulheres-mães que moravam com os pais e eram de alguma forma sustentadas por eles mantinham-se dentro da mesma conformação familiar que tinham quando não eram mães. Cabe ressaltar que, das 16 entrevistadas, apenas duas moravam com os pais e não tinham companheiro. Fonseca (2000a) relata que as mulheres que moram com parentes têm sua presença aprovada na comunidade por gostarem de crianças ou por ajudarem a mãe, mas não se realizam plenamente a não ser que possuam a sua própria família. No presente estudo, foi possível perceber que, quando o filho(a) é aceito pela sua família, tenha a mulher-mãe companheiro ou não, a situação social desta permanece a mesma, somando as suas atividades anteriores o cuidado com seu(sua) filho(a).

Maria mora com os pais e durante toda a entrevista, sua mãe entrava e saía do quarto onde estávamos, e percebi que ela baixava os olhos e respondia com monossílabos quando questionávamos sobre o pai da criança, visivelmente constrangida. Essa não é a mesma situação de Marisa, que tem 17 anos e mora em uma casa ao lado da residência da sogra. Em relação a sua família, Marisa refere que:

“É que a minha mãe, ela não me ajudou muito porque ela não vai com a cara dele. Daí ela não vem aqui e ele não vai lá.” (Marisa)

Fonseca (2000a) constatou que as mulheres exercem a maternidade por um longo período, aproximadamente de 15 a 45 anos. Esse fato, somado “à alta taxa de instabilidade conjugal, freqüentemente cria circunstâncias em que a mulher depende, durante boa parte de sua vida, de um homem (o pai de seus filhos mais novos) que não é parente dos seus filhos mais velhos”(FONSECA, 2000a, p. 68).

Onze das minhas entrevistadas são casadas (têm companheiro), sendo que dessas, sete moram com o companheiro e filhos e quatro residem com outros familiares agregados ao domicílio do casal. Apenas três mulheres moram com seus filhos e não têm companheiro, sendo, portanto, chefes de família: sustentam a si e à(s) criança(s) ou são separadas e mantêm a família com sua atividade e auxílio de familiares.

“ A minha mãe me ajuda também. A minha mãe, a minha irmã também.” (Marta)

Marta, separada, tem uma filha de seis meses, fruto de relacionamento com o ex-namorado, e recebe ajuda dele para o sustento da menina e auxílio do pai dos outros(as) filhos(as) para o sustento da casa, além da ajuda de sua mãe e de sua irmã. Segundo Sarti (1997), a mulher pobre divide com os filhos e filhas as entradas e saídas do mercado de trabalho, de acordo com as necessidades e possibilidades da família, dentro da lógica das relações familiares e das demandas daquele mercado. Encontramos, no presente estudo, os filhos e filhas da mulher-mãe (geralmente daquela que é mantenedora da família) como grandes parceiros na divisão dos trabalhos domésticos de cuidar da casa e no cuidado dos filhos(as) que são seus irmãos e irmãs menores.

“Ainda bem que a minha filha de 8 anos é muito inteligente, sabe fazer comida, toma conta da casa. Muitas vezes eu sei que ela não está rendendo mais no colégio por minha causa. Ela me ajuda muito. É o meu braço direito. Para tudo. Só quando tem algo assim muito pesado, tipo lavar roupa, cozinhar feijão, essas coisas assim, aí eu faço.” (Michele)

“Aí elas arrumam a casa, se eu não lavo a roupa, quem lava é elas, e aí é aquela coisa.... É, eu e elas... Se eu não faço, elas fazem, para elas também, para todo mundo.” (Marta)

Nessas famílias, os filhos, particularmente as filhas, são o apoio para a mulher-mãe quando ela não tem familiares com quem possa contar. Isso significa dizer que os filhos, principalmente as filhas, assumem muitas responsabilidades nessas famílias, que dependem do trabalho remunerado da mãe e muitas vezes do trabalho de filhos(as) mais velhos(as). A organização da casa e o cuidado com os menores termina por cair nas mãos de crianças, geralmente meninas, desde muito cedo.

“Aquele lá de 8 anos cuida desse aqui pequenininho. Sim, é, às vezes vinha um dava uma olhada para ver se a criança estava viva. Imagina ela fazendo uma mamadeira.” (Michele)

Michele está grávida de seis meses, é portadora do vírus HIV e é uma das entrevistadas em quem se percebe o maior impacto da exclusão social. Essa mulher-mãe é um dos exemplos de mantenedora do lar, para quem os filhos constituem a principal rede de apoio na organização da casa e no cuidado de crianças menores.

Afonso e Filgueiras (1998), em seu trabalho sobre maternidade e vínculo social, referem que há uma correlação entre a situação de atividade da mãe e a atividade das crianças. Nas famílias pobres, a saída da mulher-mãe para o mercado de trabalho é mais difícil porque ocorre em condições desfavoráveis, por serem mal remuneradas e sem outros recursos para o cuidado dos filhos pequenos. Isso também contribui para a precariedade das condições de vida dessas famílias. Por outro lado, o fato de a mãe não trabalhar também é uma variável para que essa precariedade ocorra. Nesse estudo, as autoras referem que a grande maioria das tarefas domésticas continua sob a responsabilidade da mãe de família que tem como principal auxiliar a filha mais velha, não-casada. As autoras (1998, p. 328) afirmam que, “quanto menor a renda da família, mais elevada é a participação da mãe e dos filhos menores de 18 anos, particularmente das meninas, na realização dessas tarefas”.

Michele diz que:

“Eu sei que não posso deixar faltar. Eu sou o esteio maior da casa. Ando muito assim com eles. É eu e eles... dentro de casa já tava tudo pronto, ...é a minha filha, ela sabe que é só ir ali no fogão esquentar. Eu puxo muito dela, eu acho que dela eu puxo mais o lado adulto. Eu sei que eu faço isso com ela, eu trabalho muito a mente dela.”

Constatedei o mesmo comportamento, em relação ao compromisso da filha mais velha na organização da casa e no cuidado com as crianças menores, na fala de Margarida:

“Ela tem 13 e ela estuda de manhã e trabalha também durante a tarde numa casa de família. Caso eu tenha que sair com a Helen, as crianças ficam com a Lisiane ou ficam sozinhas.”

Pode-se concluir, então, que, quanto menor a renda familiar e quanto mais precária a rede social que ampara as mulheres pobres, maior a responsabilidade das filhas no que se refere ao cuidado com os irmãos menores e com a organização da casa.

4.1.3 Escolaridade Materna

Um dos fatores da inserção precária da mulher no mercado de trabalho é seu grau de escolaridade. Em relação às entrevistadas, percebe-se que a maioria estudou até a 5ª série do 1º grau (sete), duas estudaram até a 7ª série do 1º grau, três completaram o 1º grau e apenas duas tinham o 2º grau incompleto.

Quando questionadas a respeito dos motivos que as levaram a parar de estudar, a maioria disse que parou de estudar porque não gostava, porque quis, devido ao nascimento do filho e para trabalhar.

“Só estudei até a quinta [série] do 1º grau. Aí eu engravidei daquele mais velho daí, eu tive que parar.” (Maristela)

“Parei de estudar antes, bem antes. Bem antes de ficar grávida dele. Ah, não tinha mais vontade de... Eu estudava de noite. Aí queria estar na rua,... saindo.” (Marlene)

Ao que parece, neste estudo, a escolaridade é vista como algo de difícil acesso e torna-se usual o comportamento do abandono escolar em detrimento de outras imposições do cotidiano das mulheres – o trabalho, o nascimento dos filhos. Vaitsman (1997, p.312), em um estudo sobre mudanças de valores entre mulheres residentes nas favelas do bairro Manguinhos-RJ, refere que “é comum reconhecerem com pesar que não tiveram condições de estudar e que agora já não poderiam fazê-lo”. As entrevistadas também referiram que:

“Porque agora eu acho que nem tenho mais capacidade para voltar a estudar.” (Maristela)

“Eu já ficava naquela preocupação assim, mesmo sabendo que o pai dele ficava com ele, eu ficava preocupada assim: ah, será que ele não está com fome, será que não está mijado, será que ele já está dormindo... Então resolvi não estudar, não trabalhar.” (Marli)

Para Marli, a maternidade e o cuidado a ser despendido com o filho fizeram com que interrompesse seus estudos. Vaitsman (1997) refere que a gravidez na adolescência é considerada como um dos obstáculos ao estudo e ao trabalho. Pode-se ver que a saída da escola ocorre entre os 16 e os 18 anos, sendo a falta de interesse pelos estudos e a gravidez precoce as principais razões para esse abandono. As mães entrevistadas, com mais de 21 anos, percebem hoje que deixar de estudar foi uma escolha precipitada. Um certo grau de escolaridade lhes permitiria competir por outros cargos no mercado de trabalho, e não somente nos serviços domésticos. Algumas verbalizam o desejo de retornar aos estudos.

“Eu voltei, [a estudar], antes de tá grávida da Luciele, eu voltei. Aí quando eu fiquei grávida dela, eu ia voltar de novo, só que meus pequenos estavam com o pai deles[que] Brigou na justiça, me incomodou, me incomodou, assim, até que eu desisti: então tá, então vou deixar um tempo, vou ver o que acontece.” (Marta)

Dytz (1998) afirma que a idéia de que a mãe sem instrução está mais propensa a não perceber as necessidades da criança ainda é utilizada por especialistas enquanto um dos fatores causais das altas taxas de mortalidade infantil. Avaliando as fichas de acompanhamento do programa Pra-Nenê, observo que a escolaridade materna menor ou igual ao primeiro grau incompleto assinala em dois pontos a caracterização de risco na avaliação da criança até dois meses, na avaliação semestral e na avaliação de doze meses. Isso significa que, se a pontuação a partir da qual a criança é considerada de risco é 6, tem-se que a escolaridade materna equivale a aproximadamente 30% dessa nota. Em relação a essa questão, estudos como o de Zaborowsky (1990), que investigou indicativos sociais da desnutrição em crianças moradoras de favelas do RJ, evidenciaram que a desnutrição das crianças não se devia à falta de conhecimento por parte das mães (em virtude do baixo grau de instrução formal), mas da falta de condições materiais, já que aquelas famílias viviam numa situação de constante provisoriedade, o que torna quase que obrigatório o manejo de estratégias variadas para garantir-lhes a sobrevivência.

Considerando-se que, das mulheres que entrevistei, nove estudaram até a 5ª série do 1º grau e duas até a 7ª série do 1º grau, a maioria dos(as) filhos(as) dessas entrevistadas já tem dois pontos, de acordo com o Programa Pra-Nenê, na caracterização de risco, antes mesmo de se avaliarem as condições de saúde dessas crianças.

4.1.4 Uniões conjugais

Entendo que a instabilidade conjugal é uma das variáveis envolvidas na situação social dessas mulheres e concordo com Fonseca (2000a, p.84) quando diz que “mesmo as mulheres que moram sozinhas com seus filhos têm um homem, tutor de seus favores sexuais e de seu papel reprodutor”. No presente estudo, as entrevistadas que vivem separadas de seus companheiros, em unidades mãe/filhos e filhas, parecem buscar um novo parceiro ou protetor em função da contribuição que ele possa dar, e a questão da vontade ou não da mulher de conceber fica em segundo plano. Uma nova gravidez é entendida como consequência dessa ligação afetiva e não como a realização de um desejo ou planejamento familiar. As meninas mais velhas de Margarida são resultado de um primeiro casamento, sobre o qual ela diz:

“O pai dos outros não deu certo porque era um drogado. Vivia se drogando, daí eu larguei ele...” (Margarida)

Margarida acrescenta:

“Desde que eu engravidei da Helen, ele não quis saber, pediu para mim tirar o nenê e tudo. Eu não quis tirar, porque eu... Já que eu tinha os outros, eu achei que não era justo tirar a Helen também. [Quando engravidei] ele não estava comigo, ele estava só visitando a Adriele.. Pagava a pensão, tudo direitinho, vinha visitar uma semana sim, outra não.”

Marta também usufrui de alguma ajuda do pai das quatro crianças mais velhas.

“Mas das outras crianças é o mesmo pai. Eu já era separada. Faz quatro anos que eu sou separada. Não, a gente não se dá, ele vem, fala com as crianças, vai lá na mãe. O dia que ele tem que mandar as coisas ele vem, mas eu não me dou com ele.”

Em relação ao ex-namorado, pai de sua filha de seis meses, diz que recebe auxílio:

“Ele vem aqui vê ela. Sim, tem que ajudar. Ela toma remédio, usa fralda,, tá começando a comer alguma coisinha. (...) ele vem ver ela e tudo.”

Fonseca (2000a, p. 86) refere que “as falsas solteiras (desejando esconder a existência de um novo companheiro aos olhos da pesquisadora) nos levam a crer que as mulheres não fogem da conjugalidade”. A autora refere que o estado conjugal se impõe enquanto norma, sendo o único aceitável e não necessariamente invejado. A autora entende que é na fase reprodutiva da mulher que ela torna-se cúmplice de um pacto conjugal, esperando conseguir através deste segurança física e material e alguma afeição no papel de mulher casada.

Percebi essa intenção, mesmo que velada, tanto nas falas de mulheres-mães separadas que vivem sozinhas com seus filhos(as) quanto nas daquelas que ainda residiam com seus pais. E tal fato não deve causar estranheza, pois essa norma social da união conjugal, da família conjugal e do amor dos cônjuges e filhos(as) é uma construção histórica que se impõe com mais força no início do século XIX, conforme já foi discutido no Capítulo dois do presente estudo. A partir daí, a mulher passa a ser o eixo fundamental da família, engessada em seu papel de mãe, e não mais poderá evitá-lo sob pena de condenação moral.

4.1.5 Forma de evitar filhos

A população feminina pobre sofre, hoje, os efeitos mais nítidos do processo de medicalização que se imprime à saúde reprodutiva das mulheres. O Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), implantado em 1983, no início limitava-se quase que exclusivamente ao período gravídico-puerperal e, mesmo assim, de modo deficiente. A urbanização e a crescente presença da mulher no mercado de trabalho no país geraram alterações no padrão de família e criaram novas necessidades em relação aos programas de saúde dirigidos à mulher. Esse programa “incorpora, além da tradicional assistência ao pré-natal, parto e puerpério, a detecção precoce de neoplasia de mama e de colo uterino, a detecção, o tratamento e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, a contracepção e a atenção à esterilidade” (D’OLIVEIRA, 1999, p.110). Essa autora refere que, apesar de ser uma proposta que busca ampliar o recorte da saúde da mulher para além do corpo reprodutivo, envolvendo a mulher-mãe e a mulher-sexual, da adolescente e da idosa, o PAISM ainda acata a priorização dos aspectos reprodutivos e sexuais da saúde feminina: “as relações de gênero, tais como atualmente constituídas, colocam para as mulheres inúmeras necessidades de saúde reprodutiva e sexual que não podem ser desconsideradas” (D’OLIVEIRA, 1999, p.110/111). Nesse contexto, a anticoncepção é responsabilidade da mulher. “Você ficou grávida porque quis” é uma frase usualmente ouvida pelas mulheres quando descrevem o comportamento do homem em relação à concepção do filho(a) .

Levando-se em conta os fatores já citados, relacionados com a situação sócioeconômica e as formas de conjugalidade, percebe-se que os filhos das entrevistadas não foram planejados, como nos diz Michele:

“Dá pra você ver pela minha cara que eu não planejo ninguém. Eles vêm porque eles querem, de metido no meu caminho (risos). Eu acho que eles adoram, ô raça!”(Michele)

Michele faz acompanhamento na área de Doenças Sexualmente Transmissíveis do CSVC por ser portadora do vírus da AIDS. Está grávida do sétimo filho e não está realizando pré-natal. Quando questionada a respeito de seu controle de anticoncepção, percebo que manifesta poucas condições de decidir sobre isso:

“Só que ele era muito ruim pra mim. Ele judiava de mim. Fazia nós transar sem camisinha...Foi ele que me passou o troço. Foi como eu lhe falei, na época que nós estávamos juntos ele pegava os meus comprimidos e botava fora. Ele dava em mim na frente dos meus filhos.... Querer eu quis [fazer a ligadura de trompas], mas eles [os médicos] nunca que quiseram me dar essa chance. Vamos ver se nesse eu dou sorte. Mas aí eu acho que daí eu teria que ganhar no hospital. Nem que eu me sente ali e[peça]... pelo amor de Deus, não faz mais isso comigo. Liga, rasga, bota fora, dá para outra, que eu não quero.”

É dessa forma que Michele se refere à anticoncepção definitiva e ao seu interesse em realizá-la tendo em vista o número de filhos, sua condição de soropositiva e sua dificuldade em sobreviver.

As ações de planejamento familiar desenvolvidas na época pelo Programa Materno-Infantil, a partir da introdução do PAISM, em 1984, sofrem influência de orientação feminista, que julga os métodos definitivos como apropriação do corpo da mulher. Porém, os critérios dos órgãos oficiais credenciados no SUS que realizam tais procedimentos dificultam a definição de casos como os de Michele, em que é nítida a vontade da mulher, esta já tem seis filhos, é soropositiva e não quer mais engravidar: *“liga, rasga, bota fora, dá para outra, que eu não quero”*. Esse é apenas um dos exemplos, em termos de políticas públicas de anticoncepção que posso entender como inadequadas frente à realidade social das mulheres-mães que mais necessitam de uma intervenção definitiva. Na maioria das vezes, tais condutas caem no individualismo, solicitando referências burocráticas que podem emperrar ou mesmo impedir a realização de procedimentos que dizem respeito ao corpo de determinada mulher.

Considerando-se que Michele é uma mãe acompanhada pelo serviço de saúde e que, mesmo assim, exerce pouco controle sobre sua saúde reprodutiva, é preciso concordar com as autoras D’oliveira, (1999); Nascimento, (1992); Tyrrel, (1997) quando referem que o PAISM ainda é um programa de difícil implantação real, concreta e definitiva nos diversos serviços municipais de atenção à saúde da mulher. D’Oliveira questiona o modo de como esses serviços incorporam a mulher, enquanto sujeito de sua própria saúde, quando é tão difícil interferir nas relações de poder de gênero vigentes nesses contextos culturais. Marta refere que

“O pequeno eu não esperava,... quando eu vi já estava. Que dizem que amamentando a gente não engravida, mas é mentira. É mentira. Essa que estava aqui, eu fiquei grávida dela. Quando eu vi já estava. Aquele pequeno também. Esse aqui também. Eu tomava comprimido, mas aí, se eu não tomo um dia não adianta tomar mais.”

Em estudo recente sobre as crenças da nutriz e de seus familiares acerca do efeito contraceptivo do aleitamento materno, Gonçalves (2001) refere que está havendo uma mudança em relação aos métodos naturais de anticoncepção, as mulheres estão optando por métodos mais seguros, como os anticoncepcionais orais, e a proteção do aleitamento para uma nova gravidez é descartada. O uso inadequado e irregular dos comprimidos, assim como a troca deles por outros, também é encarado pela mulher mãe como provável causador de uma nova gestação:

“Troquei para o mais fraco... O Micronor,... Daí eu já estava grávida de dois mês tomando o remédio. Depois eu fui no médico, fiz o exame e deu que eu estava grávida. Mas foi na troca do remédio. Essa aqui era muito pequeninha ainda, para mim ter outro e eu não queria agora. Daí como veio, eu não pude fazer nada. Deixei...” (Mônica)

“Ah, esse aí foi um descuido... foi na troca do comprimido. Eu tomava o Microvular e... Veio de repente. Usava camisinha e comprimido.” (Marlene)

Marlene também refere não ter usado adequadamente o método, e por isso engravidou. Constato, então, que geralmente o descuido é incorporado pela mulher, no uso de anticoncepcionais orais.

“Nenhum [filho] foi planejado... Só ela, só a primeira que eu queria. Os outros vieram, aconteceu. Eu usava Microvular. Da Adriele, eu estava usando Microvular e engravidei. Mesmo usando o remédio. [Agora] não estava usando nenhum. Estou há meses, dois anos sem usar nada. Não. estava esperando, não, simplesmente eu me arrisquei e aconteceu. Nem imaginava que eu ia ficar [grávida] de novo.” (Margarida)

“[A gestação] veio assim sem... É que eu não tomava comprimido. Eu fiquei, tinha meu gurizinho, ele estava com quatro anos. Eu fiquei quatro anos sem tomar comprimido para engravidar. Eu achava que não engravidava mais e aí veio assim sem [tomar nenhum cuidado]. Não, agora estou me cuidando. Estou tomando anticoncepcional.” (Maura)

Para Margarida, o fato de se arriscar talvez tenha vindo da tentativa de reconciliação com o ex-namorado. Mas, como não foi bem-sucedida, ela entende que não precisará usar nenhum outro método, pois,

“É que eu não me cuidei mesmo. Não, por enquanto eu não estou me cuidando. Mas não vai acontecer nada... Não gosto mais dele.”

A colocação do dispositivo intra-uterino (DIU), outro método contraceptivo, atualmente mais aceito pelas mulheres, é citada como forma de auxiliá-las, em função de seu contexto social, na tentativa de melhorar a qualidade de sua vida e a de seus(suas) filhos(as). Seria perfeitamente aceitável que Márcia, apesar de não ser considerada uma mulher velha pelos padrões de classe média que ainda guiam os critérios do programa de contracepção definitiva, optasse por esse método, devido a sua realidade social e pelo seu bem-estar físico.

“Eu tomava remédio, mas eu me esqueço, por isso que eu vou botar o DIU. Eu me esquecia dos remédios. Aí, quando eu tomava, já não adiantava, que aí já não fazia mais efeito. Olha, a Suelen veio por descuido (risos). Agora já estou encaminhando para botar o DIU. Está na hora de parar.” (Márcia)

“Eu tive que parar de tomar pílula, fiquei sete meses, porque me saiu muita mancha no rosto. Aí eu tive que parar. Aí eu ia colocar DIU, aí não coloquei e engravidei.” (Marilene)

Também os efeitos colaterais dos anticoncepcionais orais são citados por essas mulheres-mães como responsáveis pela suspensão da ingestão dos comprimidos e a conseqüente nova gestação.

4.1.6 Apoio da Família

A partir das entrevistas, pude perceber que os laços consangüíneos são considerados um aspecto muito importante na vida das mulheres entrevistadas:

“Eu saio uma hora de casa e daí deixo tudo limpo, e eles ficam com a minha vó. Eu, para mim, eu acho que eu administro bem porque a minha vó me ajuda muito, as minhas irmãs. Daí, no caso, as minhas irmãs tomam conta deles.” (Mônica)

“Com o meu pai, eu não me dou. Com a minha mãe, com a minha irmã, com os meus irmãos, me dou bem... que moram ali na mãe, são dois, o meu irmão e a minha irmã. Eu sou a mais velha. ..tem a minha irmã, em Viamão, também me dou com ela. Tem uns outros que é por parte do meu pai, também, que moram na Cruzeiro. Me dou bem com eles também.” (Marta)

Fonseca (2000a) indica que, em seu estudo, dois terços das residências estudadas estavam de alguma forma ligadas por laços consangüíneos a outras casas da vila. Na vila Tronco, encontramos esse fato, mas não com a mesma frequência, o que pode ser constatado na fala abaixo:

“faz 20, uns 24 anos, que a minha vó mora aqui. Ela é funcionária da fábrica de massas Coroa, acho que faz uns 21 anos, acho, que ela trabalha lá. E tem o meu tio, irmão da minha mãe que mora... aqui... Não, a gente vinha antes, como eu te disse... porque... Minha vó morava aqui,, meus tios. A gente vinha passear muito antes de vim morar mesmo. Mas depois... Depois veio os meus pais, depois... Aí nós morávamos embaixo, na casa do meu tio, aí a mãe comprou aqui, nós estamos juntos. Agora, até cada um poder comprar a sua...” (Marilene)

“Aqui é meu tio, ali é meu irmão, do outro lado, lá na frente, é minha irmã. Tudo entre família mesmo. É, aí eles me ajudam.” (Marli)

De acordo com estudo de Fonseca (2000a), perdura a idéia da solidariedade institucionalizada entre consangüíneos, pois desde a primeira infância as pessoas estão acostumadas a ver tios e primos pela casa e aprendem a distinguir consangüíneos de parentes afins. A autora refere que a parentela consangüínea é alvo de consideração por parte da família, a única que permanece, tendo em vista a instabilidade dos relacionamentos conjugais.

Salientam-se aqui as figuras femininas que surgem nas falas das entrevistadas. Geralmente, aparecem a mãe, as irmãs e a avó como sendo as pessoas preocupadas em ajudar a família. Esse fato aponta para o papel sexual exercido ao longo da história e também incorporado pelas políticas de saúde materno-infantil. As informações obtidas neste estudo demonstram essa consangüinidade, principalmente na manutenção de infra-estrutura necessária à sobrevivência dessas famílias:

“É tudo da mesma família. Eu moro aqui nos fundos, a minha tia mora do outro lado, aqui, mas o lado, assim, é da minha mãe, que é nos fundos. Então, aí na frente, mora a minha tia, mora a minha vó, mora a outra minha tia e, mais lá para frente, do lado da sorveteria, que a entrada dela por lá, é minha tia também. A única pessoa que não é da família é aquela casa bem da frente lá.” (Matilde)

“Eu tenho só um irmão... eu e o meu irmão, Ele tem 27 e eu tenho 26. E tem a minha mãe. É, a minha família é isso aí. É só a minha mãe, o meu irmão e eu. A minha mãe mora em Viamão. E eu tenho uma irmãzinha de criação... Perto da minha casa? Só a minha sogra.”(Margarida)

Percebo que as agregações familiares deste estudo são muito variadas, demonstrando a existência de uma diversidade de arranjos familiares em constante movimento, de acordo com cada situação. Segundo Afonso e Filgueiras (1996, p. 323)

“A mobilidade entre um e outro arranjo fica evidente, na medida em que, por exemplo, as uniões conjugais se rompem ou se reconstituem, e parentes se agregam, ou se afastam...ao núcleo original da família. Esse movimento de organização–reorganização torna visível a conversão de arranjos familiares entre si, bem como reforça a necessidade de se acabar com qualquer estigma sobre as formas familiares diferenciadas”. (1996, p. 323)

Assim, as entrevistadas referem arranjos que vão desde famílias em que apenas a mulher-mãe está presente e é a mantenedora da casa e dos filhos, até famílias em que a mulher-mãe mora com seus(suas) filhos(as), junto com seus pais, e ambos são sustentados por estes. Também há famílias em que a mulher-mãe e seu companheiro vivem em companhia dos(das) filhos(as) de ambos, agregando os(as) filhos(as) de casamentos anteriores da mulher-mãe, ou de casos da mulher-mãe, e os de seu companheiro, todos residindo juntamente com os pais da mulher seus irmãos/irmãs, assim constituindo um grande grupo familiar.

“Tenho 5 [irmãos]. O mais velho tem, ai, nem sei que idade o mais velho tem, 38, 37. A outra tem 33, que é a única irmã que eu tenho. E o outro tem 19, e outro tem 29, tudo assim, e o outro tem 25.. Conto mais é com a minha mãe. Ela mora lá em cima, lá na Silva Paes. Perto do colégio Venezuela, ali. Ela mora com um irmão meu e mais uma prima de criação que é filha do meu irmão que ela criou. [Aqui em cima mora a] tia dele. Mora com um tio dele e mais uns dois outros irmãos dele. [Na casinha da frente] mora a mãe dele lá. Aquela lá pro canto. Aqui [nos fundos], é uma amiga nossa. Que não tem nada a ver. Amiga só. E lá naquela casa cor de rosa, lá é outra tia dele também que mora. É, toda família [de meu marido]. A única que não é da família é essa daqui, que é grudada aqui também, que mora no porão aqui.” (Maura)

Essa é uma configuração familiar em que a mulher-mãe mora com seu companheiro e filhos no porão da casa da tia dele. De acordo com Dytz (1998), em alguns casos, a família do cônjuge também é fonte de apoio, e o relacionamento com familiares mais distantes, tios e primos em geral é considerado complementar e caracterizado por contatos esporádicos e escassos vínculos de solidariedade. Isso também pode ser constatado nas mulheres deste estudo:

“Cada um tem sua família. Cada um tem, também, cada um tem cinco filhos também, seis filhos... Tem família grande também. Então fica difícil.” (Margarida)

4.1.7 Relação com a vizinhança

A maioria das entrevistadas relata ter uma boa relação com a vizinhança, como se constata na fala dessas entrevistadas:

“Aqui, nós, são muito bons os vizinhos, maravilhosos. São muito bons. Uns respeitam os outros. Ah, eles são amigos assim, aqui mesmo onde tu vai fazer a entrevista amanhã, são bem legais mesmo. Ali da frente, todos. Não tem problema de briga, de... sabe. E as crianças, às vezes brigam, não tem bate-boca, porque às vezes tu até briga com vizinho por causa de criança. Daí a gente conversa tudo... É, aqui é muito bom, os vizinhos, todos.” (Marilene)

“Me dou bem com o pessoal. Se bem que eu me dou bem com todo mundo...” (Marta)

“Ah, eu acho que me dou bem. Todo mundo me conhece, conhece meus filhos. Que nem eu te falei aquele dia, eu saio de noite para trabalhar.” (Michele)

Constato que a vizinhança é considerada solidária pelas entrevistadas em quaisquer situações que possam vir a ocorrer, mas necessariamente não é a quem eles recorrem, confiam e podem contar no cuidado diário das crianças, a não ser em casos adversos. Michele relata:

“Aí fiquei... nove dias internada no Fêmina. E eles [os meus outros filhos e filhas] sozinhos. Ele [o companheiro] estava preso. Aí depois ele saiu por causa desse motivo. Muita criança, e eles estavam sozinhos dentro de casa. Não tinha ninguém para me ajudar.”

A entrevistada entende o apoio dos vizinhos em algumas situações muito adversas, em que a mínima solidariedade é percebida:

“Acho que um prato de comida, como já aconteceu, já. De eu não estar em casa quando eu fiquei esses oito dias no hospital, eram os outros [vizinhos] que ajudavam.”

Guimarães (1998) em seu estudo refere que o cotidiano é marcado pela carência de recursos, e a luta pela sobrevivência é muitas vezes individual e isolada. Na realidade vivida pelas populações pobres, as possibilidades de solidariedade e conflito se mesclam na vida

cotidiana, e a formação dessas redes sociais pode variar em função de fatores que incidem diferentemente sobre as condições concretas que operam no meio urbano por sexo, idade ou raça. O suposto básico da existência de atividades e práticas que de alguma forma, possam dar acesso aos recursos materiais, não seria mais a solidariedade generalizada, mas sim a transversalidade das relações de gênero, geração ou raça-etnia, cuja marca contínua é o conflito.

Existe também a rede de apoio dos que traficam drogas na Vila e que, de alguma forma, são percebidos como defensores por algumas pessoas da comunidade. Michele relata que:

“Também aqui, a maioria do pessoal, ninguém se mete na vida de ninguém. Se tem um que tá vendendo ali na esquina, problema é dele, se a polícia pegar ele, o problema é dele. Nunca prejudicando, porque é bom a gente fazer ambiente aonde a gente mora...Não sei se vocês perceberam, mas na minha porta, eu não tenho tranca. Eu saía para trabalhar, eu chegava às 6h, minhas coisas estavam tudo dentro de casa. Porque aquela coisa, nunca me meti na vida de ninguém, eles ficam aí na frente até 6, 7h da manhã, mas até eles [traficantes] cuidam da minha casa, cuidam dos meus filhos.”

Essa é uma realidade na vila Tronco, apesar de não ser percebida dessa forma por todas as entrevistadas deste estudo. Marilene refere que:

“Gosto mais de lá [Bagé]. É outra vida. Não tem essa violência, essa falta de educação que é, que eu acho uma barbaridade... Hoje em dia palavrão é como se fosse a coisa mais normal do mundo, novas drogas nós fomos conhecer depois que a gente veio pra cá..., que lá não tinha e... as pessoas são mais amigas, mais unidas, qualquer problema que acontece, todo mundo se ajuda uns aos outros.”

De um modo geral, a maioria das entrevistadas percebe as questões presentes no cotidiano da vila em que mora. Fonseca (2000a), aponta que a violência será mais ou menos aceita para a resolução de alguns conflitos, existindo limites específicos ao seu exercício, e os comportamentos que vão além deles sofrem a sanção coletiva da comunidade. O assassinato, por exemplo, jamais é aprovado. Maíra, uma das mulheres-mães entrevistadas, relata essa violência:

“O pai do Marlon faleceu. Faleceu quando ele tinha... um ano e dois meses. Quando tinha 14 dias, o pai dele levou um tiro e com esse tiro ele ficou paraplégico e ele veio a falecer. Durou até um ano e dois meses. Ele ficou paraplégico, levou um tiro na medula, aqui no Gauchinho, na frente, é uma galeteria. Teve um galetto ali, e ele foi buscar o galetto, não sei se tu soube, deu em tudo, Sérgio Zambiasi... Eu fui até no Sérgio Zambiasi,

deu no jornal, no Correio do Povo. Porque eu fui atrás, até botar o bandido na cadeia. Alguns eu consegui, outros não. Eles mataram um taxista, mataram meu marido, deram um tiro no meu marido, então foi vários ferimentos só por causa de um assalto.” (Maíra)

Ditz (1998, p.195) destaca que “a proximidade física das moradias, a falta de privacidade, o desemprego, o aumento da violência e outros fatores ligados às condições de vida acabam dificultando o convívio pacífico entre os moradores”. Essa dificuldade pode ser constatada nas falas das seguintes entrevistadas:

“Aqui vai pedir um pouquinho de açúcar, Deus me livre. Nunca ninguém quer saber de te dar, agora saber vir pedir pra ti quando tu tens eles sabem.”(Michele)

“Sim, a gente conhece assim, mas não de visitar, de... Eu conheço... É que nós aqui não somos de estar na casa dos outros..., é difícil. Não é nosso costume, mas... nós não temos esse hábito. Casa dos outros dá muito fuxico, então é melhor evitar.” (Marilene)

“Me dou bem com os vizinhos. É aquilo ali: oi, tudo bom. Se fala, fala; se não se falar, não fala. É oi, tudo bom, e deu.” (Margarete)

Ao referir-se às redes de apoio, Dytz (1998) enfatiza que todo ser humano necessita de uma rede social, seja ela qual for, como apoio para sustentar suas necessidades emocionais. Essa rede de apoio social permite, parcialmente, o aporte no cuidado com os(as) filhos(as). Porém, envolve relações de conflitos diários diante da precariedade de recursos em que vivem. Pode-se dizer que as pessoas que convivem com a criança no seu dia-a-dia têm influência tanto no ambiente familiar quanto no ambiente das redes sociais. Assim, a forma que a mulher-mãe tem de se relacionar com a comunidade, e a violência aí presente (em amaior ou menor grau) vai também determinar os conceitos que ela tem de ser ou não uma boa mãe no cuidado com o/a seu(sua) filho(a).

A seguir, analiso de que forma as relações que a mulher estabelece com o sistema de saúde podem ou não ser decorrentes das concepções de maternidade e cuidado infantil estabelecidas pelos documentos oficiais dos programas materno-infantis estudados.

4.2 Concepções e relações das mulheres-mães com o Sistema de Saúde.

Uma das temáticas presente em todas as entrevistas foi a relação das entrevistadas com o sistema de saúde, traduzida pelo acesso das mulheres-mães aos serviços. O atendimento a essas mulheres obedece aos critérios de distritalização e geo-referenciamento, implantado no município de Porto Alegre.

A partir das resoluções da III Conferência Municipal de Porto Alegre(2000), ocorre a compatibilização dos territórios geo-políticos dos Distritos Sanitários, do Conselho Tutelar e do Orçamento Participativo, entre outros, passando de 11 para 16 Distritos Sanitários conforme as regiões do Orçamento Participativo e a ampliação das gerências Distritais de seis para oito.

Nesses distritos, são contempladas as políticas de saúde preconizadas em nível federal, entre as quais, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente (PAISCA). Os programas de Atenção à saúde da Criança e da Mulher desdobraram-se em subprogramas que abrangem o município de Porto Alegre. Inclui-se aqui, o Programa Pra-Nenê, um programa de vigilância que faz o monitoramento e a promoção do estado de saúde da criança, através da aferição do grau de risco, já foi detalhado em seus critérios no capítulo dois.

Quando se fala em maternidade e cuidado infantil, não se pode deixar de mencionar também, o pré-natal, o parto e o puerpério das mulheres-mães, pois essa questão está diretamente ligada à promoção da saúde e prevenção de doenças das crianças.

Neste estudo, trato especificamente do distrito de saúde eixo Cruzeiro/Glória/Cristal, referido na descrição do cenário e trama do local pesquisado. Enfoco o ambulatório básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários, detendo-me nos programas que se realizam nesse ambulatório: o Pra-Nenê e as ações em saúde que o envolvem. Também exploro o fato de as mães procurarem o Pronto Atendimento, localizado no mesmo prédio, como forma de atender a criança em processo de adoecimento, e como esse serviço é encarado por elas.

4.2.1 Saúde das Mulheres-mães: pré-natal, parto e puerpério

O acesso ao pré-natal é um indicador usado pelos programas oficiais de saúde para avaliar a saúde materna. Tanto que a nova ficha de avaliação do Programa Pra-Nenê criou recentemente mais um campo com o objetivo de saber se essa mãe realizou acompanhamento pré-natal durante a gestação daquela criança.

O número de consultas do pré-natal é um dos subitens da ficha de avaliação da criança até dois meses de vida, sendo considerada pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) do município de Porto Alegre, uma variável que indica a qualidade de atenção à saúde da gestante. Em 1998, de acordo com dados do Pra-Saber, observou-se um aumento no número de mães que procuraram o atendimento, porém houve redução daquelas com pré-natal considerado adequado (mais de seis consultas). Em meu estudo, apesar de não significar uma amostra quantitativa, as entrevistadas relataram que conheciam o programa Pré-Natal e que, de alguma forma, haviam recebido orientação durante as suas gestações e partos. Também percebi que algumas (três), iniciaram o acompanhamento a partir do 5º ou 6º mês de gestação, e isso é considerado incompleto pelo SINASC (menos de seis consultas):

“Porque quando eu fui no médico, daí ele falou que eu estava com oito meses já. Eu já estava com oito meses... Aí, eu peguei e fui, fiz duas ou três vezes só.” (Maria)

“Aí, fui no médico, ela, aí, fiz uns exames, mas eu já estava com um barrigão, já. Não tinha nem como eu dizer que não estava [grávida]. Estava bem grandona a barriga. Daí, eu fiz o pré-natal, mas já fiz assim com uns três meses para ganhar.” (Márcia)

Porém, percebe-se que nem todas entendem o pré-natal dessa maneira e referem ter realizado o programa:

“Todos os momentos da minha gravidez, sempre me alimentei direito, sempre me cuidei, procurei não ter anemia. Todo o pré-natal correto... tudo foi bem... Eu fazia ecografia para ver como ele estava e não para ver qual o sexo.” (Maíra)

“Eu fiz pré-natal desde o primeiro mês... Eu ia todo mês...” (Marli)

“Fiz pré-natal] no postinho. Direitinho... Nasceu na Santa Casa.” (Márcia)

De acordo com Nogueira (1994), no período da gestação, mãe e criança são atores de um evento comum que tem seu ponto essencial no parto, com conseqüências diretas para ambos. A assistência à gestação faz-se necessária pela própria especificidade dessa condição, que requer um suporte à saúde da gestante e do bebê e a minimização do trauma que o parto em si pode representar. A autora afirma que a assistência pré-natal configura-se como um conjunto de atividades que envolvem: orientação dos hábitos de vida da gestante (dieta alimentar, atividades físicas, vestuário, etc.); assistência psicológica e educacional; preparação da gestante para o trabalho de parto; ensino de noções de puericultura; diagnóstico e tratamento de doenças preexistentes que podem gerar riscos para a gravidez e o parto; e acompanhamento do processo de gestação.

No contexto do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o acompanhamento pré-natal pontua a necessidade de consultas médicas, odontológicas, nutricionais, psicológicas e de serviço social com o objetivo de melhorar o entendimento de que a gravidez gera mudanças no corpo e na vida da mulher-mãe : medos, dúvidas, angústias e fantasias. Daí a importância da troca de informações sobre as diferentes vivências entre o pessoal de enfermagem e a equipe de saúde e as mulheres.

“No começo, eu achava bom [a gravidez]. Achei bom. Mas é que depois eu penso no que eu vou gastar, no que eu vou... nas condições... Daí eu fico meio assim, mas... normal.” (Margarida)

Em relação ao acompanhamento durante a gestação, observou-se que as mulheres-mães lembram do período do pré-natal com mais ênfase nas consultas médicas:

“Olha, o pré-natal, normal. Nunca tive palestras, essas coisas, não tive. Até mesmo porque eu trabalhava. Só ia na médica.” (Marilene)

Márcia, porém, refere palestras realizadas na comunidade:

“Ah, eu assisti muita palestra quando eu estava grávida aqui na igreja, aqui no espaço comunitário.” (Márcia)

Percebi que o trabalho remunerado exercido pela mulher gestante é referido como obstáculo para realizar o acompanhamento da gestação. O trabalho doméstico de organização da casa e de cuidado dos(das) filhos(as), que sempre foi responsabilidade da mulher, soma-se ao trabalho remunerado exercido fora do lar pela mulher que sustenta a família. Assim, as entrevistadas que dependem do rendimento de seu trabalho para sustento das necessidades

básicas do grupo familiar, quando questionadas sobre o que pensavam a respeito de ter filhos e trabalhar, fazem declarações como a de Michele (gestante no 6^o mês):

“Aí, eu mandei dizer, olha, manda aí o que eu tenho direito, depois quem sabe... daqui um tempo.... aí... eu possa voltar lá, mas agora eu não estou podendo mais [trabalhar]. É um serviço muito bom, as pessoas gostam de mim.”

Outro fator é o desconforto causado pela gestação, identificado como um transtorno que dificultava o processo de continuar as rotinas da vida. Bonilha (1997), em seu estudo com crianças de baixo peso em uma comunidade de Porto Alegre, constata que os transtornos enfrentados pelas mulheres de seu estudo, no decorrer da gestação, constituem-se em fatores dificultadores da vivência plena desse processo. Michele diz que:

“Eu saio de noite para trabalhar, mas agora eu já estou até desistindo do meu serviço. Não estou conseguindo mais esconder a barriga. Chega uma certa hora que eu tonteio, escurecem as minhas vistas.... Eu não consigo, não está dando mais. Sinto muito sono, muito cansaço. Que eu, sempre eu durmo pouco, porque eu trabalho de noite.”

Da mesma forma que Bonilha (1997), em seu estudo, percebo que a questão da gestação da mulher-mãe tanto pode ser entendida como uma dificuldade de manter as mesmas rotinas que antes executava (trabalho remunerado, cuidado dos filhos, entre outros) quanto como uma preocupação com a preservação da sua saúde. Observo, através da fala de Michele, que há um conflito ante a possibilidade de perder o emprego, que ela considera bom, e a intolerância de continuar trabalhando, tendo consciência de que não consegue mais se dedicar nem à gestação (*ao que está na barriga*), nem aos seus outros filhos (*aos que estão fora, precisando*) e nem à sua própria saúde (*e nem para mim. Eu sei o que eu passo depois. Sou eu que sofro*).

“Mas sabe quando chega, assim, num ponto que não dá mais esconder, não... aquele enjôo, com ânsia de vômito. Dá tontura, aquela coisa toda que até um certo tempo dá. E eu não estou mais conseguindo esconder. Eu não estou nem dando atenção ao que está na barriga, aos que estão fora, precisando, e nem para mim. Eu sei o que eu passo depois. Sou eu que sofro.” (Michele)

Margarida, mãe de 5 filhos, relata que, na última gestação, apresentou sinais clínicos de hipertensão:

“[Nasceu de] parto cesariana. Com oito meses e meio, deu hipertensão. Era pressão alta. Inchaço nas pernas, nos braços, no rosto, por tudo. Aí tive que baixar, daí, depois de um tempo, assim, uma semana, daí eles fizeram o parto dela. Não dava para esperar mais. Ela nasceu com dois quilos e quatrocentos. Ah, foi a mesma coisa. Tive pressão alta de quase todos. Fiz cesárea de quatro.”

Ao associar-se essa fala com o fato de que Margarida fez quatro cesarianas, decorrentes da hipertensão, pode-se pensar que, talvez, não tenha ficado claro para essa mulher-mãe a potencialidade e o risco de vida (tanto para a mãe quanto para o bebê) que pode trazer uma gestação associada a uma patologia como a hipertensão arterial sistêmica. Questiono, então, o processo de comunicação que ocorre nas orientações de saúde empregadas nos Programas de Saúde Coletiva.

Pode-se perceber que o acesso à saúde ainda apresenta precariedades no que diz respeito à realização do acompanhamento pré-natal das mulheres-mães moradoras de regiões desfavorecidas socialmente. Marli refere:

“Eu fiz pré-natal desde o primeiro mês. Eu ia todo mês. Só fiquei quatro dias por causa da pressão alta, [quando ele nasceu]. Só isso... Na gravidez dele, eu tive pressão alta. Mas foi só isso.” (Marli)

Em um primeiro momento, Marli refere problemas no trabalho de parto devido à hipertensão, “só isso”, como ela afirma. Porém, quando questionada a respeito da realização ou não do aleitamento materno com seu filho, ela apresenta outra situação:

“É que eu tive HIV positivo na gravidez dele. Aí ele não mamou. Não, ele é negativo. É uma coisa que, assim... me assustou a mim e aos médicos, foi que eu fiz o exame de HIV com dois meses de gravidez, mas só recebi o resultado com oito meses de gravidez. Eu fiz ali mesmo, no laboratório do Postão.”

A realização dos exames iniciais do acompanhamento pré-natal solicitados na primeira consulta é recomendada pelo Ministério da Saúde no seu programa de pré-natal de baixo risco. Os exames são divulgados e explicados para a gestante através de um manual educativo, denominado a Agenda da Gestante, divulgado e distribuído em 2001 nos serviços de saúde. O exame anti-HIV é descrito e explicado:

“Para saber se você tem o vírus da AIDS. Se tiver, vai poder se tratar para não passar o vírus para o seu bebê.” (Agenda da Gestante, Ministério da saúde)

No entanto, Marli procurou o Serviço de Saúde, fez o pré-natal, iniciando-o com 2 meses de gravidez, e só obteve o resultado do exame no 8º mês de gestação, e positivo!

Assim, do ponto de vista epidemiológico, pode ter ocorrido uma diminuição dos coeficientes de mortalidade no período neonatal precoce (recém-nascido com menos de sete dias), e isso sugere o impacto dos recursos tecnológicos oferecidos nos hospitais para o atendimento de recém-nascidos de risco e o aumento de cobertura de um pré-natal qualificado (PRA-SABER,1999). Porém, situações de risco real como as de Marli e de Michele ainda ocorrem nos serviços de saúde. Isso traduz a necessidade de se operar com os programas, levando em consideração tanto o perfil das usuárias quanto as características daquele serviço, além dos recursos materiais e humanos que ele possui.

A intenção, aqui, não é desqualificar um serviço que busca a promoção da saúde das mulheres e das crianças, mas perceber como o usuário(a), no caso as mulheres, se relacionam com esse sistema e o percebem como facilitador ou dificultador de seu processo de vida.

Podemos entender que os serviços de saúde estão mediados pelos profissionais de saúde, que, em síntese, são os que intermediam o conteúdo das políticas oficiais preconizadas pelo nível central.

Michele traduz isso muito bem quando se refere ao pessoal da equipe em que faz acompanhamento da sua patologia no CSVC:

“Comecei a conversar com a Enfermeira A. Pergunta para ela quem é Michele. Ah, ela vai te contar que é uma negrinha muito faceira, muito medonha, mas lá no fundo ela é muito legal. Tenho ela assim como se fosse minha segunda mãe. Uma pessoa, assim, que eu estive lá no fundo do poço, e ela que me ergueu. E eu não me esqueço até hoje que eu estava grávida de uns seis meses, então ela trabalhou bastante comigo.” (Michele)

Em relação ao tratamento e acompanhamento da AIDS, as entrevistadas que têm sorologia positiva para o HIV dizem realizar o acompanhamento no Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) do CSVC, porém não dizem estar usando a medicação nesse momento, embora conheçam a indicação das drogas antiretrovirais a serem usadas durante a gestação:

“Não, parei. [de tomar os comprimidos]. Para negatar esse aí [a criança no ventre], eu tenho que começar a tomar. Começar tudo de novo.

[Tinha parado de tomar] por causa do serviço. Ai, dá muito sono, é muito forte. ... de seis em seis horas. Vai fazer oito anos.” (Michele)

“Faço [acompanhamento] no COAS...Umas duas semanas para ganhar ele quando eu fiquei sabendo do resultado. Então tomei dois remédios, assim, o AZT e o DDI. Tomava assim de... Não me lembro o tempo que eu tomava, só sei que eu tomava bastante, sabe.” (Marli)

Guimarães (1998) relata que, de janeiro de 1997 em diante, ocorreu um aumento dos casos femininos de adoecimento por HIV, principalmente entre 15 e 25 anos. Essa faixa etária, antes categorizada como sendo de usuárias de drogas injetáveis, a partir dos anos 90 passa a ser prioridade para o Ministério da Saúde. Dos casos femininos que adquirem o vírus por via sexual, a maioria se deve a relações sexuais com parceiros usuários de drogas injetáveis e/ou parceiros heterossexuais que tiveram múltiplos contatos sexuais. Dessa forma, Guimarães (1998), conclui que o bode expiatório inicial da AIDS – o bissexual masculino – hoje cede espaço para o heterossexual drogadito e sexualmente promíscuo.

Ambas as mulheres-mães portadoras do vírus HIV entrevistadas contraíram o vírus via sexual por contaminação com seu parceiro:

“Fiquei sabendo só com oito meses de gravidez dele. Eu não sabia. Mas se bem que a família do meu marido tinha desconfiança. Porque uma ex-namorada dele morreu, mas... e depois ficaram sabendo que ela tinha, que ela tinha HIV. As irmãs dele falaram: ‘ah, é bom tu fazeres exame porque ela tinha HIV’. Aí ele nunca se preocupava: ‘não, não vou fazer exame, eu acho que eu não tenho’. Aí, depois que ele resolveu fazer o exame. No início, assim, quando eu fui no médico, ela me disse, a gente [eu e meu marido] brigou bastante. Eu briguei muito com ele, mas depois... depois que ele me disse... que a, que as irmãs da ex-namorada dele tinham falado, aí eu já fiquei, assim, acho que já tranqüilizou mais.” (Marli)

Desde a década de 90, a mulher “do lar”, casada, com filhos, das classes de baixa renda, continua sendo de difícil alcance para os serviços de saúde devido a sua vulnerabilidade, destacando-se como principais problemas para o desenvolvimento de estratégias preventivas o baixo nível de escolaridade e as adversidades decorrentes da precariedade de condições de vida e de acesso à informação e serviços de saúde (GUIMARÃES, 1998). Porém, mesmo com acompanhamento, percebo que a adesão ao acompanhamento/tratamento de sua doença é parcial, de forma que elas diminuem a dose, conforme o seu entendimento, e procuram não falar muito no assunto:

*“Logo em seguida que eu engravidei dela[filha], acho que o meu organismo não aceitava e passava mal, aí eu parei. Ele [o médico] falou, não tinha problema nenhum, só que depois que eu ganhasse, aí...”
(Michele)*

Essa mesma entrevistada refere já ter feito parte de um grupo no CSVC, que no início a ajudou a trabalhar o estigma social da AIDS:

“Logo em seguida todo mundo tinha muito preconceito. Não vou falar com a fulana porque pode pegar, não vou chegar perto que pode pegar. Eu me sentia, assim, lá.... Se eu vou morrer, vou morrer agora, vou apressar o negócio. Aí, eu comecei a conversar com a Enfermeira A. Olha, como é que eu vou lhe dizer, acho que, sei lá, sabe, nós tínhamos um grupo, assim, que a gente participava com o Dr. N, de 15 em 15 dias. Então, lá todo mundo contava, sabendo que o fulano, beltrano ali também tinha a mesma coisa, então era mais fácil para gente soltar.” (Michele)

Em relação às experiências vivenciadas no processo de nascimento de seu(sua) filho(a), as mulheres-mães entrevistadas referem diferentes ocorrências que cercaram o trabalho de parto. Michele, por exemplo, teve a experiência de ganhar em casa, em seu barraco, sendo auxiliada pelos filhos e filhas e a vizinhança, que utilizaram os recursos mais próximos para pedir socorro, no caso, o posto policial da Brigada Militar localizado nas imediações da vila:

“Bom, essa aqui eu ganhei dentro de casa, a vila toda viu quando ela nasceu. Foi uma parteira aqui perto que não chegou na hora, não tinham condição de ir para o hospital, eu fui e voltei, daí me disseram que não era naquele dia. Eu cheguei em casa, só estava eu e aquele ali acordado. Eu comecei ‘me dá um chá, me dá um remédio, me dá um chá, me dá um remédio’. Ele, coitadinho, corria para um lado e para o outro. Aí, quando eu disse, assim, para ele: ‘meu filho, chama alguém na porta, que a mãe vai morrer’. Quando acenderam a luz, a cabecinha dela já vinha aqui. Aí, até acionar ali no postinho, a Brigada, trazerem aqui, ela já tinha nascido. E eu estava com ela já no colo, com cordão. Estava tudo acionadinho já. Tudo na mão.... Esses [da Brigada] me levaram[para o hospital] depois que ela já tinha nascido.”

Essa mulher atribui ao manuseio dos profissionais do hospital a infecção ocorrida no pós-parto imediato:

“Só que, chegando lá [no hospital], aí, como eles viram, acho que um pedaço da placenta, eles não me limparam, não botaram a mão, não

fizeram nada. Foi aonde eu peguei infecção. Aí fiquei... nove dias internada no Fêmeina.” (Michele)

Essa foi a maior dificuldade enfrentada por Michele, que vive somente com os filhos e é a mantenedora da família. A impossibilidade de estar presente fez com que ela experimentasse o sentimento de impotência frente a essa adversidade, como já foi relatado em fala anterior:

“E eles sozinhos.(...) aquela lá, de oito anos, cuidando dessa aqui pequeninha”

No caso de Michele, a questão das crianças sozinhas em casa foi denunciada para o Conselho Tutelar da Microrregião 5:

“Esses oito dias no hospital, eram os outros que ajudavam. Teve mais isso aí no Conselho. Aí, eles vieram confirmar a história.(...)Eles queriam saber onde andava a mãe, o pai das crianças. Essa daqui era pequeninha, tinha seis dias e ela ficou com aquela dali. Aí foi falado, aí eles foram lá no hospital e tudo. Pediram a minha liberação, mas não deu para liberar porque eu estava muito fraca, não ia adiantar nada. Tive que ficar, completar o tratamento.” (Michele)

O Conselho Tutelar é criado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), em cumprimento ao que estabelece o art. 227 da Constituição Federal e os arts. 131 a 138 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069/90). Ficam estabelecidos os parâmetros para a criação e o funcionamento dos Conselhos Tutelares em todo o território nacional, nos termos do art. 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente, enquanto órgãos encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Na prática, o conselho tutelar torna-se responsável: “Art. 7º (...) ao tomar conhecimento de fatos que caracterizem ameaça e/ou violação dos direitos da criança e do adolescente, adotar os procedimentos legais cabíveis e, se for o caso, aplicar as medidas de proteção previstas na legislação” (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2000). São esses procedimentos cabíveis que, no caso de Michele, estavam sendo executados:

“No caso, eles estavam cobrando de mim porque que os meus filhos estavam atirados. Eu disse que não é porque eu queria, ‘é porque eu não tenho condições, não tenho como eu sair daqui...e ir para lá’. Se no meio deles já estava ruim, eles já viram tanta coisa, já passaram por tanta coisa comigo, primeiro eu vou ter que melhorar, senão não adianta. Vai ficar eles, e eu vou, porque, com essa infecção que eu tive, eu fiquei dois

dias dentro de casa assim, e fedia comigo dentro. Horrível, isso. E até descobrirem que eu estava ruim dentro de casa, eu já estava dessa finurinha. Eu não atendia nem o nenê, nem a mim, nem a ninguém. Uma dor, assim, horrível no corpo, eu não raciocinava.” (Michele)

O Conselho Tutelar da Microrregião 5 esteve presente naquela situação, intermediando os possíveis riscos que sofriam as crianças e a mulher-mãe. Nesse sentido, conseguiu até mesmo libertar provisoriamente o pai das crianças para cuidar delas.

“Ela [assistente social] também foi uma que me encaminhou. Na época quando ele estava preso, ela sabia da situação, me ajudaram também.... Teve mais isso aí no Conselho. Aí, eles vieram confirmar a história.

Outras entrevistadas relatam situações em que, de alguma forma, também se sentiram lesadas pelo sistema:

“No Fêmina, eu, quando ganhei ele, sinceramente, eu não gostei. Eu não tinha a intenção de ganhar o Rian. Mas sabe, quando, aquela coisa, assim... Eu tinha... Eu não gostei, eu não fui bem tratada lá na... da Tayane... quando a gente baixa ali, que elas tem revisar a gente, ver como está a dilatação, aquela coisa antes de ir para a sala para o parto. A médica, não lembro o nome dela, me tratou muito mal. Aí, eu não gostei de lá. Mas... está tudo bem. Mesmo também porque eu peguei a infecção da minha filha, e foi aquela coisa. Mas daí, quando eu fui para ganhar o Rian, eu pensei, eu digo, ah, afinal de contas, já conheço lá mesmo, já sei. E os outros, de repente, podem ser pior ainda, então vou para esse que eu já sei mais ou menos como é.” (Marilene)

Pode-se perceber que também Marilene sentiu que dificuldades no momento da parturição, pois ela realizava pré-natal no Posto de Saúde e foi encaminhada para a emergência obstétrica de um dos hospitais conveniados pelo SUS.

As gestantes que realizam acompanhamento pré-natal no ambulatório básico do CSVC, de alguma forma conhecem a rotina dos demais serviços ali instalados. Por esse motivo, muitas procuram o Pronto Atendimento, mais como forma de conseguir um transporte até uma emergência obstétrica conveniada ao SUS do que para atendimento médico. Na maioria das vezes, constata-se que as gestantes já sabem que ali não existe serviço obstétrico e que estão interessadas em outros serviços prestados pelo sistema de saúde:

“Porque a minha mãe trabalhava aqui no Postão... na limpeza. Minha mãe trabalhou muitos anos ali. Tanto desse lado aqui da emergência quanto lá do outro. Aí, nós fomos ali pra pegar a ambulância. Aí, dali já me

encaminharam direto pra lá. A primeira vez foi, foi... me levaram. (Risos) É, quando a gestante vai ali pegar ambulância, eles já encaminham para algum Posto. Geralmente, pro Fêmeina.” (Marilene)

“Eu fui pra ganhar ela, daí cheguei lá e fiquei lá atirada lá na entrada porque eu fui sozinha, sabe. Fui de ambulância, daí me largaram lá. Claro, fizeram a parte deles.” (Márcia)

Algumas delas tiveram uma experiência com o sistema de saúde, quando da parturição, que mostra os vieses que podem ser identificados nos serviços de saúde:

“Ela nasceu no Fêmeina. E eu não gosto muito de falar porque é uma coisa que é muito... É, eu cheguei lá e fui ganhar ela, es tava sozinha. Era, assim, numa entrada de ano novo e fui muito mal recebida, muito, muito, muito. Sim, eu estava sozinha, que nem se joga um bicho, assim. Fui muito, muito, muito mal atendida....” (Márcia)

A questão do acolhimento da gestante nos hospitais públicos de Porto Alegre ainda parece exigir muitas adequações para que se obtenha o que o SUS refere como equidade e igualdade de acesso aos serviços.

Nesse aspecto, a mulher-mãe percebe a forma como os profissionais de saúde exercem seu trabalho e traduzem a maneira como são acolhidas pelo sistema de saúde.

“Quando eu ganhei ele, eles me deram os pontos e me levaram pra outra sala. Daí, eu fui pro quarto. Eles deixaram todo um sangue dentro de mim, que acho que tinha que tirar, e aí eu passei mal no quarto com ele. E aí tive que ficar internada. Só não sei como. Aí, eu fiquei tomando uns remédios. Elas só vinham dar banho nele. Eu não gostei daquele hospital. Ai, achei que...fui mal atendida. Era num domingo.” (Marlene)

Ramos (2001), em seu estudo sobre acesso e acolhimento aos usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre, refere que o acolhimento denota a postura dos trabalhadores da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário. Os fatores identificados por essa autora que privilegiam a qualidade da assistência foram: boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional.

Equidade, segundo a nominata divulgada pela III Conferência Municipal de Saúde (2000, p.94) “significa que todos os cidadãos brasileiros, independente de sexo, religião, idade ou situação de emprego, têm direito à mesma assistência à saúde. Em função das diferenças

sociais e disparidades regionais, os recursos para a saúde deverão ser distribuídos no sentido de favorecer aqueles que mais necessitam de atenção e cuidados”.

Nesse sentido, os hospitais de atendimento materno talvez ainda não estejam completamente inseridos nos princípios preconizados pelas diretrizes que regem o SUS e a municipalização da saúde em Porto Alegre. Percebo que as entrevistadas gestantes, na época de seu processo de parturição, acabam por se deslocar a um serviço hospitalar onde não realizaram o pré-natal, já que o fizeram em uma Unidade de Saúde, e onde não foram bem acolhidas.

A realização do pré-natal pelas entrevistadas ainda não parece ser para elas uma necessidade sentida como imperiosa para a sua saúde e para a saúde da criança. De qualquer maneira, parece que existe, após iniciado esse acompanhamento, uma proposta de envolvimento com a gestante a ser desenvolvida pelos trabalhadores/trabalhadoras das equipes de saúde das unidades básicas e dos ambulatórios obstétricos dos serviços hospitalares. Não acontece, dessa forma, o trabalho de parto dessas mulheres, o que foi demonstrado pela angustiante procura de um serviço obstétrico.

Pode-se entender que as dificuldades encontradas pelas entrevistadas está mais ligada ao trabalho de parto e às surpresas que dele decorrem como: as várias idas ao hospital antes do momento da parturição; os meios de transporte utilizados para o deslocamento, em que se inclui a prestação de serviços do PACS no caso do deslocamento de ambulância, a qual deveria ser usada apenas em situações de urgência; a forma de acolhimento pela equipe de saúde do hospital; e o modo de organização da casa e o cuidado dos outros filhos durante a permanência no hospital no período pós-parto. O puerpério imediato também é percebido por elas como um transtorno, pois ainda estão muito debilitadas e as condições de vida e as necessidades do cotidiano exigem a sua presença de forma imperiosa. A maternidade e o cuidado da criança com menos de um ano, nessas situações, não parecem ir ao encontro daquelas propostas idealizadas veiculadas pelos manuais de orientação ao pré-natal, parto e puerpério, que incluem as noções de puericultura.

4.2.2 Programa Pra-Nenê: mulher-mãe, criança , profissionais de saúde

O programa Pra-Nenê, implantado em 1997, vem sendo realizado em todas as suas etapas. Conforme nos falam os profissionais ali inseridos:

“E, [há] quatro anos. Foi quando eu fiz carta-contrato. Precisavam de uma enfermeira para implantar esse programa. Implantar.. Eu tinha todas as diretrizes de nível central, mas tinha que fazer funcionar. Então, foi o que eu fiz. Eu vi todas as necessidades, como poderia funcionar, o fluxo, o material necessário, as fichas, como e o que poderia dar continuidade, revisão, visita domiciliar, quem é que ia participar.” (Profissional I)

“Esse acompanhamento, as crianças vêm e consultam com o médico todo mês. Elas são pesadas, a gente olha a carteira de vacina, é feito o gráfico do crescimento, e a gente conversa com as mães... está sempre observando as crianças. A gente pergunta como é que foi, como é que está desde a última vez que veio, porque eles começam a ser, assim, nossos conhecidos. Quando a criança vem de um mês para o outro, tu já conheces aquela mãe, tu já conheces aquela criança.” (Profissional II)

“O Pra-Nenê, em geral, eu acho um programa muito bom. O contato que eu tenho é com o nosso. O que eu sei, assim, é que vários postos não estão tão organizados quanto a gente, e eu acho que é um programa muito bom... A gente consegue ter um acompanhamento da criança, até um ano e depois, porque a gente continua com as visitas e acompanhamento trimestral após um ano.” (Profissional III)

Em relação a esse programa, identifiquei apenas duas mães que sabiam em que consistia esse acompanhamento:

“A Tayane, sempre. Faz sete anos, sete anos que ela está se tratando ali. Sempre com a mesma pediatra também e... O Rian está nele [no Programa Pra-Nenê]. Até, inclusive, eles não queriam que eu ficasse aí, porque... para nós, isso aqui não é beco, é acesso. Aí, como falou que lá é beco, aí ela queria me pôr lá para o postinho, que eu nem sei onde é. Aí, elas não queriam, que eu... Eu disse assim para eles: ‘mas eu trato a minha menina há sete anos com a doutora aqui, imagina se eu vou trocar uma doutora que eu conheço, por’... Aí, ela assim: ‘mas onde tu moras?’ Aí expliquei. Só porque tem saída ali para Manoel Lobato, eles me deixaram ficar no Programa do Pra-Nenê. A diferença, se eu morasse do outro lado (Risos).” (Marilene)

No presente estudo, evidencia-se que a maioria das entrevistadas tem conhecimento da necessidade de revisão mensal da criança. Todas as entrevistadas referem que uma vez que levaram a criança para a primeira revisão com aproximadamente um mês de vida, permanecem realizando acompanhamento vinculadas a um serviço.

“É que no postinho eu fiz o meu pré-natal, aí eu tinha uma consulta da revisão, aí eu resolvi levar ele lá. Daí, [no posto] também eu tinha combinado de levar meu guri mais velho e achei melhor levar ele também, foi aí que eles descobriram que ele estava doentinho.” (Márcia)

Quando questionadas a respeito de quando levaram a criança ao posto de saúde para a primeira revisão, as mães entrevistadas referiram ter levado a criança ao serviço de saúde mais próximo da sua casa, no ambulatório de Pediatria do CSVC, na Unidade Sanitária Tronco e Posto do Programa de Saúde Santa Tereza, acompanhando o desenvolvimento da criança nesses serviços. Desconheciam o programa Pra-Nenê e o entendiam como a revisão mensal da criança:

“Eu levo para pesar e para medir, a mulher vai lá em casa para avisar que amanhã tem que levar a guriazinha para pesar e medir.” (Margarida)

“Todos , todos, não. Eu levei até os seis meses direto no Dr... Aí, eu passei a levar de dois em dois meses, ele estava bem, eu estava levando ele só para pesar, medir e pegar a vitamina.” (Marta)

“Tô fazendo o acompanhamento dele aqui no Postão com o Dr... É um doutor que eu conheço desde o meu mais velho. É um doutor que eu confio.” (Marisa)

Em Porto Alegre, o sistema de vigilância epidemiológica de crianças menores de um ano está implantado nos serviços da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), no Grupo Hospitalar Conceição, nas equipes de saúde do Serviço São José do Murialdo, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no campus da Pontifícia Universidade Católica (PUC) e em todas as equipes do Programa de Saúde da Família (PRA-SABER, 2001). Assim, o programa Pra-Nenê tem sido subsídio da promoção da saúde infantil nos postos de saúde em Porto Alegre. Mesmo não sendo todas as mulheres-mães que entendem a nomenclatura Pra-Nenê, todas realizam o acompanhamento da criança no CSVC:

“É. Desde a primeira consulta. É, eu comecei a consultar com ele com a Marilise. Daí, ela me deu encaminhamento pra um pneumologista,

daí... ele ficou com o Fernando. Que ele é pneumologista e pediatra.”
(Marlene)

“Ela consulta aqui no Postão. Eu levei ela ... Não estava com um mês... Dezesseis dias... Eu levo todos os meses. Às vezes eu levo mais de uma vez. E quando ela está bem, eu levo uma vez por mês normal.” (Marta)

Uma das estratégias de operacionalização desse programa é a territorialização, isto é, a delimitação de áreas de responsabilidade, para que cada serviço identifique suas áreas de risco epidemiológico e o perfil saúde-doença dos grupos populacionais. Pode-se identificar que, nesse distrito, essa organização está sendo implementada, de acordo com a fala das entrevistadas:

“Agora dia 22 ela tem consulta, mas o Dr... passo ela pro postinho da Nossa Senhora do Brasil, que é aonde pertence a nossa região, aí ela vai ficar com consulta lá no postinho.” (Mônica)

Pode-se perceber que o critério de territorialização está acontecendo nesse distrito, sendo que tanto os profissionais de saúde quanto as usuárias (mães) do presente estudo têm conhecimento desse critério. Apesar disso, algumas se organizam de forma a permanecer com o profissional a quem já estão vinculadas, geralmente pelo fato de ter feito o acompanhamento de um filho mais velho.

“Estou fazendo aqui com o Dr... Aqui no Postão. É um doutor que eu conheço desde o meu mais velho. Eu conheço bem como é o médico, e o médico conhece eu bastante. ...Pertence lá no posto perto de casa, mas é que, como eu conheço... Mas agora, como eu vou morar com a mãe, a mãe mora aqui do lado... vou continuar com o Dr...”. (Márcia)

Percebe-se, assim, que, apesar de ter conhecimento sobre a área de atuação de atendimento de cada posto de saúde, as usuárias entrevistadas manejam esse critério de acordo com as suas necessidades, respeitando mais o critério vínculo com o profissional de saúde do que propriamente o que é estabelecido por esse preceito do sistema de saúde.

Uma das questões importantes a serem discutidas aqui é a percepção de mães e profissionais acerca do processo de saúde – doença da criança. Maranhão (2000), em seu estudo sobre a percepção do processo saúde – doença por educadores infantis em uma creche de São Paulo, refere que os educadores dessa creche atribuem o adoecimento das crianças a determinantes externos (climáticos, condições de vida e, principalmente, aos cuidados prestados pelos familiares). Isso dificulta uma ação de parceria entre pais e educadores em

benefício da criança. Percebo isso não tão declaradamente nas concepções que as profissionais da enfermagem entrevistadas fazem a respeito das mães do programa:

“Tem crianças que nos olham e abrem o berreiro porque tem muitas mães que assustam as crianças em casa. Elas chegam aqui apavoradas..... Se elas são tranqüilas, elas vêm... Mas dá para se observar as mães que são mais cuidadosas.” (Profissional II)

“Orientar quanto à amamentação, quanto à higiene, acho que isso é muito fundamental porque tem mães, assim, que a gente encontra que ainda vêm com uma moeda em cima do umbigo. É falta de orientação ou porque elas ouviram da família que isso tem que colocar e elas vão colocando.” (Profissional II)

Também Minayo (1996), diz que o conhecimento a respeito do processo saúde – doença da criança está associado às concepções que explicam o mundo, os costumes, os valores e as crenças da sociedade em que o processo é gerado. Nesse sentido, as mães que buscam o atendimento para seus filhos/as o fazem em função de adoecimento ou indício deste através da manifestação de alguma sintomatologia (febre, vômitos, choro incessante, entre outros).

“Tem crianças que tu chegas na casa e dizes assim: ‘a senhora está faz dois, três meses que não aparece com o nenê’. ‘Ah, mas eu levo na emergência’. Quer dizer, não entendeu nada. E isso de repente ou é falha nossa ou tem muita gente... porque a gente explica: ‘mas se a senhora fizer o controle, não vai precisar levar na emergência’. ‘É, mas eu estou acostumada’. Tem uns que colocam na cabeça, e é aquilo. Agora, se tu orientas, se tu conversas, tem crianças que continuam e vão piorando.” (Profissional I)

Levar a criança na emergência pode significar, para essas mulheres, importar-se com a resolução imediata dos problemas da criança e, portanto, um maior cuidado desta. Os pressupostos da promoção da saúde parecem estar muito distantes desse contexto em que está em jogo a luta cotidiana contra a doença, mas isso nem sempre parece ser compreendido pelos profissionais de saúde. Apesar de sua intenção de ajudar aquela mãe no cuidado com o seu filho, existe anteriormente um discurso que ele aplica, já escrito, que é atravessado por uma intenção de prescrever a melhor forma de cuidar adequadamente de uma criança.

Acerca desse problema no repasse de conhecimentos, Valla e Stotz (1993, p. 94) afirmam que “o técnico explica para as mães que é necessário ferver a mamadeira, o bico e o leite antes de oferecer ao bebê. As mães assimilam a lição, repetem o procedimento em casa

e na hora de viajar de ônibus com a criança colocam a mamadeira esterilizada numa sacola suja”. Com esse exemplo, o autor aponta para o fato de que, mesmo havendo uma incorporação da informação, as condições materiais de vida acabaram resultando em uma aprendizagem diferente daquela esperada pelo profissional de saúde. Acrescenta-se que, nesse processo de atendimento, há uma lacuna entre o profissional e o usuário.

A desqualificação do modo de viver das mães também é uma dimensão expressa na forma como as orientações de saúde modelam o cuidado infantil a ser desenvolvido pela mãe. As orientações são “ensinadas” pelos profissionais de enfermagem às mulheres-mães e, de certa forma, não questionam se essas mães já sabem os cuidados que lhes estão sendo repassados ou mesmo se faz parte de seu universo a aplicabilidade de um conhecimento científico. Muitas vezes isso pode vir somado às obrigações a serem cumpridas pelas mulheres em uma realidade em que não é necessariamente prioritário aquele cuidado.

*“Nas primeiras consultas, a gente enfatiza mais a questão da amamentação, dos cuidados de higiene com a criança, com o coto. Principalmente na primeira consulta, a gente ensina como é que tem que limpar, essas coisas, e depois, conforme vai seguindo, também seguem-se algumas orientações, assim, conforme a alimentação, higiene, cuidados. Porque daí, se a criança já chega com febre, coisas assim, cuidados do dia-a-dia assim, que às vezes as mães não têm uma noção correta.”
(Profissional III)*

“Bom, faixa, não se fala. Banho, muitas não dão. Ai, às vezes, no primeiro mês de vida, elas não dão banho, elas passam um pano, elas vêm com as casquinhas na cabecinha. Aí, tu tens que explicar pra mãe que ela pode, porque muitas têm medo.”(Profissional II)

Mas alguns profissionais que estão atuando há muito tempo na rede de atenção básica, referem que existem situações que podem facilitar o adoecimento da criança, somadas às condições de precariedade em que vivem:

*“A coisa de uma criança que fica doente, muitas vezes, é toda essa parte social, familiar, mesmo. É claro que tem crianças que são mais, já, bem, nascem mais... com menos resistência, com mais problemas, com rinites, com refluxo gastroesofágico, geralmente fazem mais pneumonia.”
(Profissional I)*

As diretrizes da SMS, divulgadas a partir do Caderno de Textos da III Conferência Municipal de Saúde (2000,p.29), mantêm o entendimento da saúde como um “conceito complexo determinado por causas econômicas e sociais que exigem uma intervenção inter-setorial e que tenha como objetivo a elevação da qualidade de vida”. Para isso, a missão da

SMS deve “responder à complexidade das manifestações dos agravos à saúde, atacando prioritariamente os problemas de maior incidência/prevalência”

Entendo que as ações educativas, mesmo que tenha havido avanços na operacionalização do sistema de saúde de Porto Alegre, são ainda realizadas descoladas umas das outras e também da realidade sócioeconômica em que as entrevistadas vivem. As mulheres-mães percebem a descontinuidade das ações desenvolvidas pelo sistema de saúde e tentam estabelecer uma relação com os serviços de saúde, de modo a receber o auxílio adquirido formalmente de acordo com a situação, e adequar as suas necessidades e adversidades no processo de “andar a vida”. Esse aspecto está explicitado na fala:

“Eu recém estava dizendo para a pediatra, eu vou inscrever a Suelen no dia 25 para ver se ela pega o leite do posto. Eu disse para ela, mas eu já fui sincera para a nutricionista. Eu não vou dar, por enquanto ela não vai tomar mamadeira. Eu vou dar com bolacha, se ela for aceitar, e eu vou tomar o café da manhã com o leite dela, que é para ela tomar na teta.” (Márcia)

4.2.3 Procura do Pronto-Atendimento Cruzeiro do Sul

Todas as mulheres entrevistadas tiveram o seu filho em permanência na SOP do PACS e todas referiram que, sendo mães, sentiam como sua a responsabilidade a permanência junto à criança durante o tempo de internação. Por isso, considero importante estabelecer a relação mulher-mãe/pronto-atendimento.

“Primeiro eu tento em casa. Se não funcionar, eu vou na Emergência com ele... Esses dias, ele estava com febre. Ficou dois dias com febre. Eu dava o remédio, passava. Daí, o outro dia, eu dei, e não passou, tive que levar ele para Emergência. Levei ele de manhã e já ficou baixado daí.” (Marisa)

“A primeira vez ele ficou. As outras vezes que ele ficou internado, eu que fiquei com ele dia e noite. Quatro vezes [a criança ficou internada]. Bronquite. A última vez, ele ficou cinco dias. Dois aqui [emergência do pronto-atendimento] e... não, foram seis dias. Dois aqui e quatro lá. Ai, me esqueci o nome. Aquele hospital da criança... Conceição.” (Marisa)

Notei que algumas mulheres-mães entrevistadas procuram o pronto-atendimento quando existe realmente necessidade da criança à noite e em finais de semana, quando o ambulatório não está aberto.

“Ah, não, só em últimos casos. Eu uso a Emergência só... Por exemplo, se for no final de semana que a criança está com febre, alguma coisa que não dê para esperar até na segunda-feira, entende, ou a noite, assim, que eu vejo...senão eu não vou para Emergência. Sinceramente, eu não gosto da Emergência do Postão. Eu acho muito mal atendido, porque..., eu cheguei com ela queimando em febre, ... isso deveria ser umas 4 e pouco da tarde, eu fiquei até quase 8 horas ou mais com ela lá de molho...para baixar a febre.” (Marilene)

“Levo na doutora dela. Se caso ela não está ou coisa assim, levo na Emergência ...a doutora dela que acompanha ela,... seis meses.” (Marta)

Crepaldi (1999), em seu estudo sobre crianças hospitalizadas no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), relata que o início da hospitalização é sempre acompanhado de incertezas, medo e aflição, desde a entrada da criança no hospital. Em relação aos sentimentos dos pais, geralmente da mãe, essa autora refere que é difícil para o familiar aceitar que o(a) filho(a) esteja doente, com necessidade de hospitalização. De certa forma, essa preocupação enfatiza a cultura da culpabilidade da mãe, por parte de todos, em que o mau desempenho da mãe é visto como um dos principais fatores de problemas para a criança, inclusive o adoecimento. Forna (1999, p. 21) refere que é dito

“(...) às mães que todas as falhas, todas as negligências, qualquer displicência em suas numerosas obrigações, qualquer recusa de sacrifício, vai afetar a psique da criança, estragar o futuro dela e prejudicar não só a relação mãe-filho, mas todas as relações subsequentes na vida do filho” (1999, p. 21).

Por sua vez, a secundarização da figura do pai faz parte de uma concepção em que a mulher-mãe é responsável pela saúde da criança, e o homem, na maioria das vezes, parece aceitar passivamente essa posição. Resta à mulher poder contar com ele enquanto elemento investido de autoridade que pode interferir caso algo não saia conforme a família anseia.

“Até, inclusive o meu marido fez um escarcéu lá porque eles não queriam deixar ele entrar, e aí, como eu tinha vindo em casa, que lá a UTI das 6 às 8 horas da manhã os pais não podem ficar. Que eles passam de um plantão para o outro, aí... Aí, aproveitei e disse: ‘já que vou ter duas horas para mim, que não posso ficar aqui, eu vou em casa. Aí, nisso o meu marido já tinha chegado.’ (Marilene)

A situação das famílias das mulheres-mães entrevistadas é agravada pelas características do local onde vivem: a precariedade no saneamento e as baixas condições econômicas, sendo que, muitas vezes, o trabalho diário da mulher é o que defende a sobrevivência diária da família. A doença e a hospitalização coloca-os diante de mais esse obstáculo, o de conciliar o hospital, o cuidado com as demais crianças e o trabalho.

“A minha comadre levou lá, e a Dra. B disse que ele estava meio encatarrado e [tinha de ficar] internado. Por causa de bronquiolite. Ele ficou uma semana ali. Foi a primeira vez [que ele internou].” (Mônica)

A doença geralmente provoca a revolta do familiar e, em decorrência desse fato, gera a culpa nos pais, principalmente na mãe. O sofrimento da mãe e familiares é causado pelos procedimentos adotados para a terapêutica da criança durante a hospitalização. Assim, sempre que possível, eles falam sobre os seus sentimentos, e isso lhes dá alívio.

“Ele estava quase fazendo cinco meses. Dia 17 deu, deu três convulsões, mas não deu comigo, deu nas mãos dos médicos. Depois que eu abaixei ele que deu. Eu não cheguei a ver porque eles estavam fazendo exame nele de tirar água da espinha, um monte de coisa, aí deu. Deu três, deu uma e parou, daí deu... ele ficou...no Santo Antônio. Para cá, eu trouxe, ele estava com sintoma da convulsão... Eu nem pensei em levar ele para o Santo Antônio. Pensei em trazer ele aqui. E onde a médica me falou que eu já era para ter ido direto pra lá ontem com ele. Não tinha nada que ter marcado ficha no postinho. É que lá, se dá alguma coisa, tem UTI. Lá eles já tem no andar ali mesmo que ele fica, no segundo andar, já tem a UTI para levar ele, cuidar alguma coisa... agora, aqui, [pronto atendimento] tem que levar daqui para lá.”(Margarete)

Pode-se observar que, mesmo quando a mãe refere conhecer o serviço, pois já esteve lá com seu(sua) filho(a) internado(a) por mais de uma vez, alegando estar acostumada a essa situação, geralmente os pais não conseguem fugir da culpa que sentem pela condição de doença da criança. Aparentemente sem saída para essa situação, recorrem à esperança e à fé em Deus para obter a cura ou, em caso de morte, para encontrar conforto diante dessa realidade. No presente estudo, Márcia relata o caso do óbito de sua filha, logo após o nascimento, há cerca de três anos, e as condições em que esse fato ocorreu:

“Estava na hora de ela nascer, e a doutora, nem bola, que ela ficou me olhando, sabe. E a enfermeira ajudante, que ela estava junto, ela viu tudo acontecer. Ela sabia que realmente ela tinha deixado morrer... Aí, eu disse para ela, não, Deus... Deus não gosta que façam isso a ele. Maldade. Principalmente para as crianças....” (Márcia)

As mulheres se consideram as principais provedoras das necessidades do filho e acreditam que toda a responsabilidade do cuidado com a criança deve ser sua – elas devem ser um modelo de sacrifício e devoção. A angústia dessa condição de culpada que a doença provoca na mulher faz com que ela projete na figura dos profissionais de enfermagem a responsabilidade pelo mau estado em que a criança pode (ou não) se encontrar naquele momento.

“Foi antes do Jeferson, como é que eu vou explicar... Foi, eu ganhei ela, daí eu perdi. Não, é que eu nesse meio tempo eu perdi um. Ela, de nove meses. Eu disse: ‘não doutora, a senhora deixou minha filha morrer, mas não precisava ter feito isso’. Eu tenho um monte de filhos, mas eu ia cuidar ela com carinho como os outros. E eu tirei até uma foto dela, guardada ali. Ela no caixãozinho.” (Márcia)

Portanto, o objetivo desta análise era propiciar aos leitores um mapeamento das relações que se estabelecem entre as mulheres-mães e o sistema de saúde. Evidenciaram-se as contradições desse sistema incidindo nas concepções de maternidade e cuidado infantil dessas mulheres-mães. As relações das mulheres-mães com o sistema de saúde redimensionam-se na medida em que as situações de vida acontecem. Isso faz com que ocorra a construção de outra rede de relação das mulheres com o sistema de saúde, até mesmo outra sistematização paralela de atendimento ou mesmo um complexo ampliado desse mesmo sistema.

4.3 Concepções de maternidade e cuidado infantil

*Descobrir as motivações, fatores, causas ...
o irreversivelmente natural é o biológico?
o profano, amoral...
a docilidade, a ternura, a compaixão
a diversidade do significado de ser mãe,
criar e cuidar o conceito...
ser mãe... direito e dever divino...
Será?
(Carmen Lucia Mottin Duro, 2002)*

Constatei que, em linhas gerais, as concepções de maternidade e de cuidado infantil, tanto as das mulheres entrevistadas, quanto aquelas detectadas através da análise dos documentos apresentados neste estudo e dos relatos dos profissionais de enfermagem, que transmitem as orientações sobre saúde às mulheres-mães, articulam-se em torno das seguintes unidades de significado:

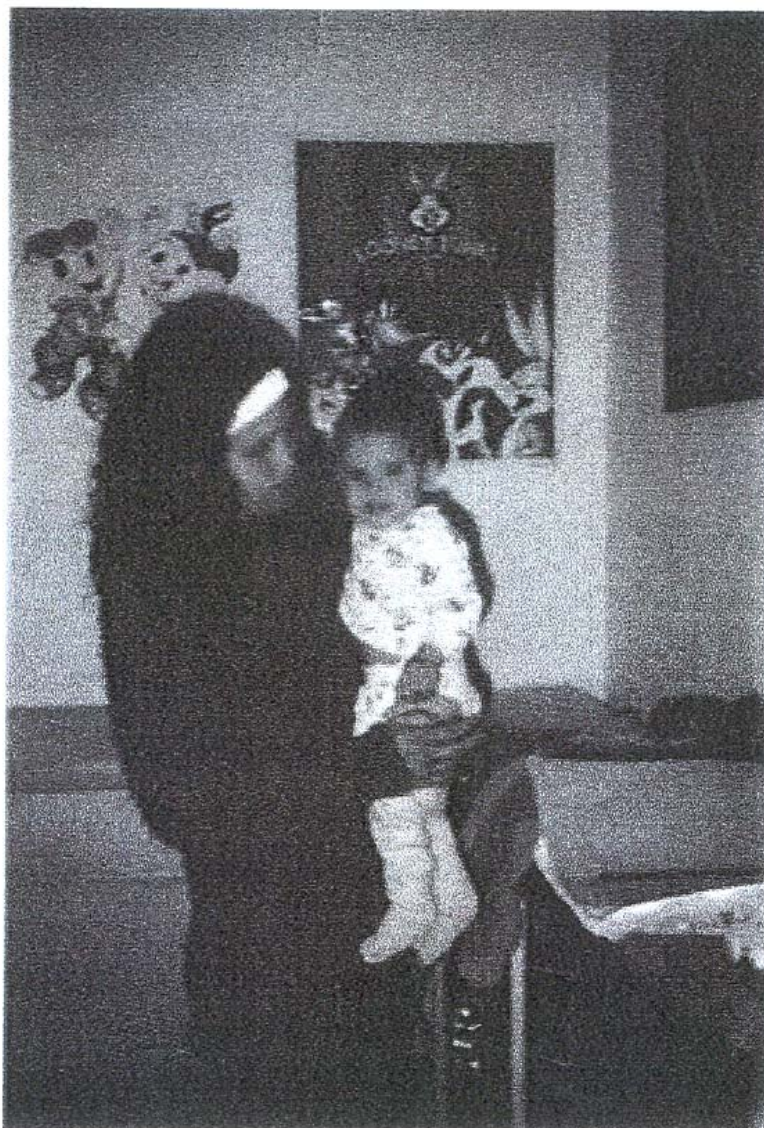
Os conceitos de mãe e os lugares das mulheres no cuidado com a criança;

Os conceitos de pai e os lugares dos homens no cuidado com a criança;

Onde e como as mulheres aprendem a ser mães de um determinado tipo.

Em cada um desses enfoques, pretendo apresentar o que permanece e o que se modifica em relação às concepções dominantes de mãe ou pai nas três fontes examinadas.

4.3.1 OS CONCEITOS DE MÃE E OS LUGARES DAS MULHERES NO CUIDADO COM A CRIANÇA



Mãe e filha sendo atendidas no ambulatório básico do CSVC.

4.3.1 Os conceitos de mãe e os lugares das mulheres no cuidado com a criança

Após contextualizar a vida da mulher-mãe e as variáveis aí relacionadas (moradia, trabalho e sustento da família, uniões conjugais, escolaridade, rede familiar e social de apoio), analiso as concepções de maternidade e de cuidado infantil dessas mulheres, sujeitos e objetos das políticas de saúde. No presente estudo, foi possível identificar algumas concepções que, homogeneamente, apresentaram-se em várias falas das mulheres-mães entrevistadas. Emergiram concepções tradicionais de mulher, definindo-a como responsável pela reprodução, pelo cuidado com as crianças e casa, em consonância com a concepção de maternidade produzida no final do século XIX. Nessa perspectiva, a mãe perfeita é aquela completamente devotada aos filhos e ao seu papel de mãe. Deve ser a mãe que compreende os/as filhos/as e se entrega totalmente a eles, sendo capaz de enormes sacrifícios. (FORNA, 1999).

A mãe capaz de cuidar corretamente dos filhos(as) deve ser capaz de incorporar todas as qualidades tradicionalmente associadas à feminilidade, tais como o acolhimento, a ternura e a intimidade. Essa é a maternidade que as mulheres tentam exercer quando se tornam mães.

Nos dias atuais, as mulheres ainda não se descolaram dessa atitude e imagem idealizada de mãe, apesar das alterações da vida moderna e da inserção da mulher no mercado de trabalho (formal ou informal). A divisão sexual do trabalho, tradicionalmente, subordina homens e mulheres em nossa cultura e determina que a mulher é a responsável pela manutenção do espaço doméstico e do cuidado dos(as) filhos(as).

Louro (1997), referindo-se a determinados padrões ou regras arbitrárias que a sociedade oficializa para seus membros e assim define comportamentos, formas de ser e de se relacionar, argumenta que:

A inscrição dos gêneros – feminino ou masculino – nos corpos é feita, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura. As identidades de gênero, bem como as identidades sexuais, são compostas e definidas por relações sociais, elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade (LOURO, 1997, p. 28).

É nesse aspecto que Forna (1998, p.32) diz que “a maternidade é um constructo social e cultural que decide não só como criar filhos, mas também quem é responsável pela criação dos filhos”. (...) “a visão popular do comportamento maternal coloca na mulher a

responsabilidade total pelo filho, desde bebê até a idade adulta” (id., 1998, p.53). Também as mulheres-mães entrevistadas definem a maternidade como sendo “tudo na sua vida”.

“Meus filhos são tudo pra mim.” (Márcia)

No grupo de mulheres-mães deste estudo, a maioria teve o primeiro filho antes dos 20 anos:

“Eu tinha 14 anos na época que eu ganhei ela.” (Marta)

“Todas têm filho. Tem uma que tá com 15 e tá com dois. Ali perto da minha mãe, todo mundo tem filho.” (Marisa)

Como refere Souza (1999, p.67) o casamento e a maternidade são elementos importantes das concepções de gênero nas camadas populares. “É enquanto esposa e mãe que a moça se torna mulher”. Em seu estudo sobre domésticas e a produção de cidadania, a autora conclui que, das domésticas não-residentes entrevistadas, todas realizaram tal projeto antes de completarem 20 anos. Fonseca (2000a), constata que as mulheres de seu estudo, na vila Cachorro Sentado, orgulham-se da maternidade. A autora dá exemplos de mulheres que, a cada novo companheiro, têm um filho, como prêmio dado a esse homem, pois o motivo do casamento, para essas mulheres, vai muito além da ordem material. Na verdade, a missão da mulher é “cuidar direito da casa, manter as roupas limpas e a casa arrumada, a comida quente e o nenê bem cuidado” (FONSECA, 2000a, p. 32). O orgulho da mulher depende do reconhecimento de suas capacidades de mãe e de dona de casa. A maioria das entrevistadas deste estudo também apontou o ser mãe como algo natural:

“A melhor coisa que pode existir na vida da mulher.” (Mônica)

Enfatizo aqui a dimensão de natural que a maternidade assumiu na vida da mulher, decorrente, como já foi visto, de condições históricas e econômicas no desenvolvimento da sociedade nos últimos dois séculos. Assim, o conteúdo da concepção de “boa mãe” enunciada pelas mulheres entrevistadas na Vila Tronco guarda muitas similaridades em relação àquelas concepções que atravessam e constituem o senso comum.

*“Eu acho que mãe tem que estar ali pra proteger, pra ajudar....”
(Marilene)*

“Acho que é cuidar bem. Dar bastante atenção pro filho. E gostar. A gente vê muitas mães, assim, que deixam os filhos atirados. Na rua, de pé descalço, sujo. Acho que é isso.” (Marlene)

“Para mim, ser boa mãe é estar sempre ali com os filhos. Não interessa de que jeito, de que maneira, mas tu não abandonas eles. São tão inocentes. Chega um e dá um tapa, pode machucar.” (Michele)

Definitivamente, esse é um discurso que não diferencia muito as concepções de maternidade e de cuidado dos(as) filhos(as), que circulam em qualquer arranjo familiar, desde o modelo conjugal nuclear monogâmico, composto de um homem e uma mulher casados diante da lei, sendo o homem o chefe da família, e a mulher, a dona de casa, fora do mercado de trabalho, até conformações familiares diferenciadas ocasionadas pela instabilidade e provisoriade conjugais das mulheres-mães, principalmente nos segmentos populares. Nessa perspectiva, o “lugar” que a sociedade condicionou para a mulher segue sendo o da maternidade.

No entanto, ao mesmo tempo em que as concepções de maternidade das mulheres-mães estudadas não se descolam do lugar-comum, também apresentam também diferentes aspectos. Estes dizem respeito à individualidade de cada uma, às concepções de maternidade produzidas naquela coletividade. No presente estudo, a idéia de ser mãe vincula-se a uma concepção de mulher, presente naquela comunidade, de forma que elas “já tem isso na sua mente”. As entrevistadas, antes mesmo de se tornarem mães, entendiam a maternidade como uma extensão de ser mulher. A maternidade torna-se, assim, a opção de vida dessas mulheres.

*“Antes de ser mãe, eu já queria ser...Tinha isso na minha mente.”
(Margarida)*

Nessa fala, torna-se visível que a maternidade representa a opção de vida das mulheres-mães entrevistadas. De certo modo, essa concepção de maternidade remete ao século XVIII, como discuti no capítulo dois, quando o Estado tomou para si a responsabilidade de zelar pelo bem-estar da população. Desenvolveu-se, inicialmente na França, o conceito de salubridade do ambiente associado ao conceito de política médica. O Estado passou a interferir nas questões de saúde infantil, na gravidez e nas condições do meio-ambiente. É nessa época que começam os apelos que “recomendam às mães cuidar pessoalmente dos filhos e lhes ordenam amamentá-los. Nos fins do século XVIII, instalava-se o ideal do amor, e a autoridade materna ganha um novo espaço nas teorizações acerca da família” (BADINTER,1980, p.121). O que inicialmente servia para adequar a sociedade ao

sistema sócioeconômico vigente na época é naturalizado e essencializado como sinônimo de mulher, e isso ainda está presente na fala das mulheres entrevistadas. Ao mesmo tempo que é possível encontrar reiteradamente, nas fontes examinadas, elementos naturalizados como fazendo parte de uma maternidade vivida indistintamente por todas as mulheres, é possível encontrar, no texto do Programa Pra-Nenê”, algumas referências a condições sociais e culturais que seriam específicas dos grupos de mulheres das camadas populares.

“ As mulheres, diferente dos homens, têm muito pouco lazer e vida social. Os homens jogam futebol, encontram-se com amigos no bar da esquina para beber, conversar e jogar snooker, ou saem do trabalho e vão confraternizar com os companheiros. As mulheres, quando trabalham, vão direto para casa ou buscar seus filhos nas creches ou nas casa onde ficaram sendo cuidados. Gastam a maioria de seus vencimentos proporcionando uma melhor qualidade de vida para a família, quer seja pela melhoria de infra-estrutura doméstica, quer seja pela compra de alimentos. Os homens costumam gastar, proporcionalmente, mais com seu próprio bem-estar. As que não trabalham fora passam o dia tentando administrar a escassez e cuidar dos filhos. Essas situações, associadas a uma baixa escolaridade, carências materiais e afetivas, maus tratos domésticos e, muitas vezes, gravidez indesejada, fazem com que a mulher tenha baixa estima e não consiga se vincular afetivamente com seus filhos, contribuindo para o desencadeamento da desnutrição.” (PRÁ-SABER,2001, P.46)

De certo modo, as descrições acima buscam caracterizar formas específicas pelas quais esses homens e mulheres vivem o seu cotidiano naquele contexto social. Nesse sentido, chama a atenção, contradizendo o próprio conhecimento psicológico que dá sustentação a muitas das concepções de cuidado que atravessam, o modo como o programa Pra-Nenê quase que aceita (retificando-a) a ausência do pai no contexto do cuidado com a criança.

Assim, ao mesmo tempo em que incorporam transformações e especificidades, esses programas mantêm alguns dos papéis sexuais e de gênero já definidos como produtos do século XIX: o marido, símbolo da autoridade, que deve prover o sustento da família pelo trabalho realizado fora do lar (vida pública própria de homem, espaço de produção, esfera do político), e a esposa, considerada menos racional e menos capaz, preocupando-se com o lar, a casa e os filhos (vida privada, espaço da reprodução, esfera do doméstico).

De forma indireta, tais práticas impõem jeitos de ser mulher e de ser mãe e nomeiam, descrevem e classificam modos de cuidar de crianças de menos de um ano, em que, de acordo com Silva (1998, p. 57), se reforça o pressuposto de que

“O amor maternal foi considerado natural nas mulheres incentivadas a criar com os filhos um vínculo tão profundo de modo que a vida interior da criança fosse talhada para a perfeição moral. Ela deveria ser uma mãe perfeita para que os filhos também o fossem. Exige-se da mulher total doação (“ser mãe é desdobrar o coração fibra por fibra”), considerando “desnaturada” a mãe que não fosse profundamente dedicada aos filhos.” (1998, p. 57).

A autora segue dizendo que, a partir dessas premissas, a mãe é a responsável por tudo o que possa vir a acontecer à criança, gerando-se uma nova estrutura emocional, em que o binômio mãe-filho e suas interações são carregadas de ansiedade e culpa, de acordo com os estudos de psicologia evolutiva. Conforme já citei na introdução, Woollett e Phoenix (1999), descrevem que a conduta ideal de mulher-mãe, formulada por tais estudos, levam em conta, como regra geral, as observações de cuidados com crianças realizadas com mães brancas e de classe média, em contextos muito específicos.

Porém o que se pode perceber é que ainda hoje esses saberes assumidos e tornados oficiais pela ciência biomédica procuram reforçar modelos de cuidado que devem englobar as mulheres-mães de todos os segmentos sociais, independente de suas condições de vida. Os programas municipais, como demonstra a citação extraída do programa Pra-Nenê, começam a abordar a realidade social, cultural e epidemiológica das comunidades, porém tomam essa realidade como estanque e partem do pressuposto de que nesse segmento social é necessário desenvolver práticas de organização e de educação em grupos para capacitar as mulheres a cuidar melhor de seus filhos.

No programa Pra-Nenê, a incapacidade da mulher para cuidar dos filhos é traduzida em um gradiente de risco para a criança, que se define por associação ao grau de escolaridade de sua mãe, à presença ou não de aleitamento materno (e por quanto tempo), à condição de moradia e infra-estrutura, ao número de filhos que moram no mesmo domicílio e ao número de consultas efetivadas no pré-natal, entre outros. Logo, ao mesmo tempo em que se reforça a concepção de que as mulheres estão “naturalmente” destinadas ao exercício da maternidade, se investe muito em práticas que devem capacitá-las para desenvolver essa função de forma mais adequada.

Em relação a essa mensuração do risco, a profissional de saúde entrevistada questiona a efetividade dessa forma de pontuação do grau de risco do recém-nascido, uma vez que as possibilidades de interferir nessa pontuação acabam sendo bastante limitadas no contexto da prática assistencial e educativa.

“Amamentação, que são coisas que valem muitos pontos. Amamentação, a vacina em dia, hospitalização, aspecto psicológico da própria criança e da família. Então nesse momento tu entrarias como profissional para ver qual é o tipo de... porque, por exemplo, tu dá uma nota seis, que é uma nota ruim, é a nota máxima, digamos, que tu possa dar para um programa social da família, mas por que ela recebeu essa nota? Ah, porque o pai bebe, porque a mãe trabalha fora, moram 3 famílias no mesmo pátio. São

problemas sociais que vão aumentando essa pontuação. E aí, o que pode fazer na verdade nem é tanto orientação, mas mais, assim, a tentativa da gente é até encaminhar algumas questões.” (Profissional I)

A “nota ruim” da criança, que se traduz em uma vigilância maior da mãe, deve-se na maior parte das vezes à realidade precária e aos problemas sócioeconômicos que essa mulher enfrenta para o cuidado de seus filhos. Sob esse enfoque, Afonso e Filgueiras (1998, p. 321) afirmam que “não é raro que as mães desempenhem um papel de retaguarda nas ações sociais, ficando como uma espécie de ator oculto, não mencionado (exatamente porque seu lugar é visto como natural) – exceto quando está ausente ou não cumpre bem o seu papel”. Nesse sentido, a concepção de mulher-mãe enquanto mantenedora da saúde das crianças está implícita de forma central nas intervenções assistenciais e educativas, e, quando se fala em cuidados infantis, pressupõe-se que a mãe esteja sempre em casa para assumir o cuidado da criança.

“Nas primeiras consultas, a gente enfatiza mais a questão da amamentação, dos cuidados de higiene com a criança, com o coto. Principalmente na primeira consulta, a gente ensina como é que tem que limpar, essas coisas, e depois, conforme vai seguindo, também seguem-se algumas orientações, assim, conforme a alimentação, higiene, cuidados. Porque daí, se a criança já chega com febre, coisas assim, cuidados do dia-a-dia, assim, que às vezes as mães não têm uma noção correta. Se está com febre, está com frio, chega aqui todo agasalhado, porque está com febre. Aí a gente ensina que pode dar um banhinho, que não vai fazer mal, para ver se consegue baixar a temperatura, coisas rotineiras, assim. Para nós, da Enfermagem, é normal, mas para as mães, não. Algumas, foge ao dia-a-dia delas.” (Profissional III)

Em relação à amamentação, especificamente, os documentos do Pra-Nenê conferem 6 pontos para a criança que não é amamentada ou o é parcialmente, com a introdução de outros tipos de leite pela mamadeira. O aleitamento materno é preconizado para a criança até os seis meses de vida. O manual de “Aconselhar a mãe e acompanhante” na página 22, diz que

“Deve-se evitar o uso de mamadeira. Geralmente não estão limpas adequadamente, e germes nocivos proliferam facilmente nelas.”

Pode-se perceber que se pressupõe que as mamadeiras não serão limpas adequadamente antes mesmo de se saber de que forma as mães procedem com a limpeza. Novamente, é enfatizado o argumento de que as classes pobres ou excluídas não desenvolvem

os princípios de higienização da forma recomendada pelos princípios da ciência biomédica, trazendo como consequência o adoecimento das crianças pobres.

De acordo com Meyer (2000), as políticas a favor da amamentação ressurgem no Brasil a partir dos anos 80 e buscam, a partir dessa década, implantar, aperfeiçoar e/ou multiplicar estratégias educativas que introjetem o aleitamento como comportamento universal das mulheres. Conforme Almeida (1999), o pressuposto dessa política é que a amamentação é um ato natural, instintivo, biológico, próprio ao binômio mãe-filho, em que a mãe, detém a responsabilidade sobre a criança.

As recomendações a respeito da amamentação na agenda da gestante, do Ministério da Saúde, são de que:

“Amamentar é fundamental para o bebê:

- O leite materno protege contra várias doenças. Além disso, está sempre pronto e não custa nada.
- Se for amamentado toda vez que tiver fome, seu filho não vai precisar tomar chá, água, suco ou outro leite nos primeiros seis meses de vida.
- Quanto mais o seu bebê mamar, mais leite você vai ter. E não se preocupe: todo leite materno é forte.
- Ao amamentar, você transmite amor e carinho.
- Para que o bebê sugue bem o leite, encontre uma posição em que ele fique tranqüilo e você, relaxada e confortável.”

As falas das mulheres-mães, de certa forma, evidenciam o quanto esses ensinamentos já foram incorporados por elas:

“O leite da gente... eu acho... o leite é bom, o leite é forte, fortalece a criança. Principalmente no verão, pra não dar desidratação. Que eu ganhei esse aqui no verão, ele mamou bem e nunca teve nada.” (Matilde)

“Olha, eu sempre amamentei meus filhos no peito. Eu sempre amamentei eles, até eles deixarem. Eu, eu gosto de amamentar meus filhos. Eu digo que o leite do peito é de graça, não tem que se preocupar: será que vai ter o leite amanhã ou não vai ter. Porque aquilo é uma coisa que nasce da água que tu tomas. Porque amamentar não é feio e é uma coisa que faz bem pra saúde deles.” (Márcia)

A introdução do aleitamento artificial (mamadeira), quando ocorre, é justificada pelas várias situações de vida enfrentadas pelas mulheres-mães de classes populares, devido à precariedade presente no cotidiano, como alternativas de resolução que priorizam a sobrevivência de sua família. Apesar disso, posso observar em suas em suas falas a culpa que essas mães carregam por não terem amamentado:

“Amamentei até os 2 meses. Eu fiz revisão... aí, eles mudaram o remédio pra quem dá mamá. Aí, eu fiquei com medo de ficar grávida e tomei o meu. Aí secou. Às vezes, eu penso assim, de repente, se eu tivesse amamentando meu filho, não tinha dado um monte de coisas que deu nele agora... se eu pudesse voltar a dar mamá pra ele agora eu dava.” (Margarete)

“Ele mamou no peito, acho que até uns seis dias... Eu não tinha leite. Daí, ele mamava e chorava, daí eu tive que dar a mamadeira. Eu queria amamentar os dois, mas secou, aí eu tive que dar mamadeira. O doutor dele disse que era pra insistir, mas ele não pegava, chorava. Aí eu tive que dar mamadeira.” (Maristela)

“Ela tomou até os dois meses. Daí, ela não quis mais, que ela já estava tomando mamadeira. Porque o leite do peito não estava sustentando. Eu tinha muito pouco leite. Eu pensava assim: eu tenho que dar... porque vai ser bom pra ela, vai alimentar porque não mamava na mamadeira ainda. Mas doía, doía bastante, porque cortou tudo, assim, o bico do seio.” (Matilde)

“Ele mamou até os três meses, só. Depois, porque ele não quis mais, não quis mesmo. Aí, eu dei mamadeira e tal. A criança grita, chora e não pega o peito. A criança própria rejeita o peito. Eles não pegam de jeito nenhum o peito. Então, a criança não quer mais.” (Matilde)

Deste modo, os documentos aqui apresentados operam com o pressuposto de que ser uma boa mãe é amamentar, como se isso se constituísse a base de sustentação da maternidade.

A questão da amamentação é citada pelas mulheres portadoras do vírus HIV de forma a esconder esse fato e de não valorizá-lo nas suas concepções de boa ou má mãe. Knauth (1997), em seu estudo sobre a identidade de mulheres portadoras de AIDS, escreve que a AIDS torna-se um elemento identificador, na medida em que as restrições que impõe provocam reações similares nas pessoas envolvidas. “É assim, por exemplo, que as mulheres são unânimes em reconhecer que a interdição de amamentar acarreta conseqüências não apenas no que se refere à saúde do bebê, mas coloca em questão o próprio *status* social.”(id., 1997, p. 298)

No caso das mulheres-mães entrevistadas, também podemos perceber a presença desse elemento identificador:

“Ai, eu ficava meio triste. Eu via todo mundo amamentando... eu vou ter que ir lá no fogão fazer uma mamadeira... Mas depois que eu peguei a prática, só dá eu no fogão fazendo mamadeira! Juro! No começo, eu fiquei meio triste, mas depois...” (Michele)

No caso de Marli, esta relata que não amamentou porque tinha o HIV:

“É que eu tive HIV positivo na gravidez dele. Aí ele não mamou.”(Marli)

Knauth (1997, p. 301) explica que:

“Assim, pode-se entender que, apesar de serem portadoras do vírus da AIDS, as mulheres conseguem manter uma identidade de mulher, esposa e mãe. O que as diferencia das outras mulheres e, ao mesmo tempo, as identifica entre elas, são as restrições colocadas pela doença e suas implicações. Se estabelece, assim, entre as mulheres soropositivas, uma cumplicidade que se constrói, principalmente, em torno dos esforços empreendidos no sentido de obter uma certa consideração social, não em razão da doença, mas pelo fato de serem boas mães, esposas dedicadas e fiéis aos seus consangüíneos.” (1997, p. 301)

Essa autora acrescenta que, se o *status* de mãe se encontra ameaçado pela confirmação da soropositividade da criança, esse fato é atribuído à vontade divina; entretanto, se a criança vem a negativar, é aos pais, e em especial à mãe, que se confere o mérito desse fenômeno, ou seja, aos cuidados que dispensaram àquela criança. Pode-se exemplificar com o caso de Marli, que relata:

“Umás duas semanas pra ganhar ele, quando eu fiquei sabendo do resultado. Então tomei dois remédios assim, o AZT e o DDI. Não me lembro o tempo que eu tomava, só sei que eu tomava bastante, sabe. Quando eu fui ganhar ele também tomei o AZT no parto, depois que eu ganhei ele, também tomei. E ele também tomou durante os 45 dias, fez os exames com dois meses e depois com... com seis meses ele fez também. Deu negativo. Agora ele faz só com... só em março, agora, que é com um ano e seis meses que ele faz outro.”(Marli)

É esse entendimento que se pode perceber nas mulheres-mães entrevistadas, portadoras do vírus HIV, isto é, uma concepção de boa mãe que não difere da das mães não-portadoras do vírus da AIDS. Em outras palavras, essa concepção de maternidade envolve diretamente a percepção que as mulheres têm, pois essa concepção decorre muito mais de um papel social, de suas especificidades de sua condição de mulher, esposa e mãe, do que a identidade de um mundo “não-natural”, no sentido de não-cotidiano –a hospitalização–,mas decorrente das restrições impostas à reprodução (uso de preservativos, interdição de amamentar, risco de contaminação do feto).Pode-se observar isso na fala de Marli:

“Porque eu estou tomando comprimido pra não engravidar mais. Por enquanto eu não quero mais filho. Daí assim: mas que adianta tomar comprimido pra não engravidar? Pra que tomar comprimido e usar camisinha? Não é só porque eu estou tomando comprimido que vai evitar,

porque eu sei que mesmo eu e ele tendo, e a gente não usando camisinha, pode sim, um passa o vírus pro outro. Que nem a médica explica pra gente. Então por isso que eu procuro usar camisinha. Me cuidar bastante, que é pra não estar transmitindo o vírus um pro outro. E também tomar o comprimido pra não... não engravidar e não ter o risco de o nenê também nascer, outro filho nascer com HIV. Procuro me cuidar bastante.” (Marli)

Essa mulher-mãe referiu as mesmas idéias que as demais entrevistadas quanto ao que significa ser uma boa mãe, consoante com as visões do senso comum:

“Eu acho que eu sou uma boa mãe. Eu acho que eu, assim, eu passo mais o dia assim ao redor dele. É o Marcos pra lá, é o Marcos pra cá. Se eu estou lavando roupa, o Marcos começa a chorar, eu largo as roupas e vou cuidar ele, se ele quer, assim, ficar no colo, por exemplo, assim que nem ele estava agora, querendo ficar no colo, eu fico um pouco no colo com ele, distraio ele, volto a lavar as coisas. Eu sei que eu sou uma boa mãe pra ele.” (Marli)

“Acho que se não fosse por eles eu não ia trabalhar, não ia ter um porquê. Por eles, não, eu já penso diferente, eu já penso de outra forma. Eu sei que não posso deixar faltar. Eu sou o esteio maior da casa. Ando muito assim com eles. É eu e eles... Nós somos muito um pelo outro.” (Michele)

Os profissionais de enfermagem utilizam diversas estratégias para identificar as crianças portadoras do vírus da AIDS:

“Olha, eu acho que até hoje eu só tive um caso, e ela falou que no hospital orientaram ela: “não, no hospital disseram que era melhor eu dar o leite”. Aí tu conversas mais um pouco e vai descobrir o que é. Ou outras que chegam, tu já conheces os outros filhos, já sabes que faziam Salk, porque fica na carteirinha. Não tem nada escrito na maioria das vezes. Salk, a gente já se liga, porque, se os outros fizeram Salk, é porque a mãe é... Daí a gente até encaminha lá para baixo.” (Profissional III)

Assim, como os manuais se segmentam na forma de abordar a criança e a mulher-mãe portadores de HIV, os serviços também fazem essa divisão e da mesma forma os profissionais. As entrevistadas também afirmam uma boa mãe, é aquela que mantém as condições de sobrevivência e, de alguma maneira, não tolera a violência física às crianças:

“Uma boa mãe, que eu acho, é não maltratar os filhos, que eu considero uma boa mãe. Alimentar os filhos, não espancar os filhos.” (Márcia)

“Não dizendo, assim, que eu seja uma mãe perfeita pros meus filhos, até acredito que não, porque eu acho que em nem tudo tu és perfeita. É que nem na educação, às vezes a gente acerta em algumas coisas e erra em outras, porque às vezes tu... Ai, em tudo, eu acho, nada é perfeito.”
(Marilene)

Isso torna possível dizer que as condições em que vivem essas mulheres-mães são tão diversas quanto o são as peculiaridades das diferentes culturas existentes. De acordo com Victora et al (2000), a cultura é arbitrária na medida em que cada grupo social pode atribuir um significado diferente para um mesmo fato. Assim, alguns fatores que seriam determinantes de violência contra a criança e símbolo de uma má mãe pelas entrevistadas dessa comunidade não são necessariamente vistos dessa forma por outros segmentos sociais. A falta de espaço em um domicílio, por exemplo, onde convive uma família de seis crianças, todos dormindo em uma cama, pode sinalizar promiscuidade para a classe média-alta e ser entendida como violência; porém, não o parece ser para as classes populares que convivem com essa realidade.

Para as mulheres-mães entrevistadas, a concepção de mãe má está atrelada ao fato de essa mãe aceitar a violência doméstica por parte dos homens, sejam eles os pais ou padrastos. Marilene declara:

“Mas eu acho que esse negócio de boa mãe, eu acho que existe, sabe por quê? Porque vocês sabem, vocês passam nas casas, tem mães que espancam os filhos, largam e não estão nem aí, isso aí pra mim é ser a última das mães. Não, tem casa que tem mães que deixam os padrastos bater, que mães são essas? Isso aí, pra mim, é ser a última das mães.”
(Marilene)

Conforme mencionei no capítulo anterior, a violência é conhecida por todas as mulheres-mães entrevistadas, e, de acordo com Fonseca (2000a), a violência é mais ou menos esperada para a resolução de conflitos e até mesmo torna-se importante, porém a violência deve ser poupada às mulheres grávidas e às crianças.

“Pode acontecer que uma mãe bata em seu filho de pouca idade, mas aí, especialmente se ficar evidente que o ato de violência ultrapassa os limites aceitáveis, vê-se um dos raros casos em que uma vizinha intervirá, sobretudo sendo parente. A mulher que deseja deixar seu marido receberá o apoio da opinião pública se argumentar que ele bateu no filho pequeno ou nela durante a gravidez”. (FONSECA, 2000a, p. 37).

As concepções a respeito de ser uma mãe má, na opinião das mulheres-mães entrevistadas, passa, assim como no estudo de Fonseca(2000a), pela materialização da violência física, ou permissão desta, contra as crianças.

A profissional de saúde refere essa questão muito bem quando questiona os modelos de orientação em saúde das políticas oficiais como anteparo de seu trabalho. Percebo que o profissional conhece a realidade sociocultural das mulheres-mães, alvos dos programas de saúde, mas questiona-se sobre a forma de viabilizar as orientações dadas pelos documentos oficiais de cuidados com a criança.

“São crianças que fogem de casa, se escondem, ficam metidas na maconha e cheirando cola e... As meninas se prostituem desde pequeninhas e são soltas, porque não tem um convívio familiar dentro de casa. Porque é uma mãe e várias crianças, várias trabalham, então essas crianças ficam todas com uma só. Ficam tudo no pátio, na rua... Então eu me sinto muito a desejar, muito a desejar, completamente impotente. Eu digo: o que é que eu estou fazendo aqui? O que eu vou explicar para elas, como eu vou mudar... dar o peito, se eu sei de toda a tristeza dela, de toda a revolta, se eu sei que aquilo é um momento tão educativo, tem que ver como é. Isso aí são duas linguagens diferentes entre técnico e a realidade deles, que é bem diferente.” (Profissional I)

Em geral, para essas mulheres-mães, a violência física é entendida como aquela que traz como consequência a necessidade de levar a criança a um serviço de saúde, seja ele da atenção básica ou emergência.

A violência de vários tipos está presente de modo constante no cotidiano dessa comunidade, assim como o tráfico de drogas. Porém, as estratégias que as mulheres utilizam para conviver com isso são diferenciadas. Essas estratégias podem estar relacionadas à condição em que se encontram (presença de apoio familiar) e condição econômica. Fonseca (2000a) refere que, nessas comunidades, os “maconheiros” podem ser úteis na proteção contra agressores estranhos, mas quando acionada dentro da comunidade, sua força representa uma ameaça que deve ser controlada. Recorrer à polícia é permitido, entre brigas de esposos, mas fica completamente descartado como defesa contra os “maconheiros”. A autora descreve através de exemplos concretos que existe um código social – respeitar os fortes –, tanto os dirigentes comunitários quanto os maconheiros. Para isso, explica que a intimidade e interdependência entre os moradores são regidas por um código de honra, em que a proteção e a homenagem são as principais moedas de troca. Prestar pequenos serviços, emprestar roupa ou doar um prato de comida repercute positivamente, e essas ações são bem reconhecidas

pelos moradores da vila, e a maioria procura integrar-se ao sistema de trocas. Os “maconheiros” estão interessados, segundo essa autora, mais no reconhecimento público e valorização da imagem do que em coisas materiais.

Por isso Michele diz que:

“Aqui a maioria do pessoal, ninguém se mete na vida de ninguém. Se tem um que tá vendendo ali na esquina, problema é dele... Tudo aqui tem que ser preto no branco. Dizer que tem mãe que filho não viu aqui, que tampa muito, algum problema tem. Claro, minha filha não vai pra esquina porque tem um que tá fumando maconha. Meu filho está sabendo que ali mora um bando de traficante, se quiser morar num lugarzinho melhor, então tem que saber. Meus filhos conhecem o que é pó, maconha, loló. O que é revólver.” (Michele)

A concepção de boa mãe, para algumas das entrevistadas, passa por ensinar aos filhos e filhas a realidade da coletividade onde vivem, “*se quiser morar num lugarzinho melhor, tem que saber*”, como disse Michele.

As profissionais entrevistadas variaram de entendimento, demonstrando uma divergência no que pode ser estipulado em relação à orientação fornecida à mãe quanto ao cuidado prestado à criança menor de um ano. Mesmo sabendo das condições precárias em que vivem, e isso já foi apresentado na descrição do cenário, alguns profissionais formados no modelo biomédico têm dificuldades em adequar o conhecimento científico da puericultura aos dados da realidade. Porém, existem outros profissionais que entendem as dificuldades, mas o discurso de orientação é aquele mesmo da ciência biomédica. Valla (2000), ao tratar da compreensão da fala das classes populares, refere que “os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, (...) vivida de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos o nosso saber [científico] porque pensamos que o da população é insuficiente” (id., 2000, p. 15-16).

“Assim que a gente encontra quem ainda vem com uma moeda em cima do umbigo. É falta de orientação ou porque elas ouviram da família que isso tem que colocar e elas vão colocando. Por isso que está em nós poder observar bem a criança pra gente poder conversar com essa mãe. Às vezes, no primeiro mês de vida, elas não dão banho, elas passam um pano, elas vêm com as casquinhas na cabecinha. Aí tu tem que explicar pra mãe que ela pode, porque muitas têm medo. Têm medo de tirar, acham que vão esfregar, vão afundar a moleira quando ela tira. É, elas falam que se esfregar a cabeça, vai afundar a moleira. A gente tem que estar sempre em cima para poder orientar a mãe.” (Profissional II)

Aqui caímos na questão vital das orientações em saúde e das formas pelas quais elas são traduzidas pelos profissionais de enfermagem, que atuam na rede básica de atenção à saúde, para as mulheres-mães, sujeitos deste estudo.

“...a gente observa aquelas que são mais cuidadosas, aquelas que... Até eu acho que pelo fato... muitas, assim, elas são tranqüilas, tranqüilizam as crianças. Eu acho que o fato de ser boa mãe é simplesmente o fato, acho, que de observar a criança. Eu acho que só em tu observares o teu filho, eu acho que já é uma boa característica em tu dares carinho pra ele. Muitas, tu vê que têm afinidade com as crianças. E, em outras, tu não percebes tanto. Outras, a gente não percebe.” (Profissional II)

A concepção de boa mãe para os profissionais de enfermagem passa pela observação de sinais e sintomas que indiquem a presença ou não de doenças nas crianças. Ser carinhosa é cuidar da criança, nessa concepção. De acordo com Meyer (1999, p.115-116), as ações de assistir/cuidar e educar no campo da saúde continuam tendo como alvos principais as mulheres e as crianças e de muitas maneiras: “as mulheres foram e (continuam sendo) posicionadas como esposas, mães, reprodutoras e nutrizas biológicas e culturais da espécie, o foco prioritário das políticas higienistas, sanitárias e preventivas, desde a organização das cidades”. Apesar disso, alguns profissionais compreendem a realidade e sabem quais as condições em que vivem as mulheres-mães e, em decorrência, entendem porque os cuidados recomendados pelos programas em estudo nem sempre podem ser efetivados por essas mulheres-mães.

“Qualidade de vida, eu falo assim, às vezes quando a gente faz visita domiciliar, que a gente vê, aí que a gente pode ver. É esgoto a céu aberto, isso tem aqui na vila, umidade, às vezes as crianças... Tem chuva... Muitas crianças que a gente vai pesar, elas estão com a meia molhada. Aí a gente tem que dizer para aquela mãe... ‘mas eu recolhi’... Recolheu do varal e botou no pezinho. Eu acho que tudo isso aí vai somando para causar uma doença.” (Profissional II)

É nesse sentido que a profissional I admite as configurações do processo de adoecimento da criança e questiona quanto às estratégias utilizadas e aquelas que poderia realizar:

“Tem crianças que chegam no final de um ano muito pior do que nasceram, e a impressão que me dá é que realmente tu bates com a cabeça na parede, porque eu acho que a infra-estrutura toda da criança, a criança não consegue sair disso. Porque às vezes tu achas que tu estás orientando, mas tu estás orientando o quê? Quem é que ali vai, quem daquelas crianças

está sendo a mais protegida, a menos protegida, a que é do pai que eu não gosto, do outro sem-vergonha.” (Profissional I)

O sacrifício do tempo que a mãe demanda para cuidar da criança, além das noites mal dormidas quando a criança está doente, exigido da mulher-mãe para que seja considerada como boa mãe também está implícito na fala das mulheres:

*“Mas eu queria ser mãe. É meio sacrificado, mas é bom.”
(Margarida)*

Ressaltam-se algumas das falas de mulheres-mães entrevistadas, que referem que para ser mãe é necessário ter responsabilidade pelos cuidados com a criança menor de um ano. Mesmo que seja um sacrifício para a mulher, a maternidade é entendida como um privilégio. Apesar do desejo de tornar-se mãe, algumas delas disseram que essa tarefa da mulher era difícil:

“Aí, depois que ele veio, mudei tudo. Achava que fosse mais fácil. Não é nada fácil.” (Marisa).

Juntamente com essa concepção de sacrifício, de ser boa ou má mãe, vem associada a cultura da culpa que, segundo Forna (1999), está tão profundamente arraigada em nossa sociedade que o mau desempenho da mãe é percebido como causador de problemas da psique da criança. Essa autora complementa:

“As pressões atuais sobre as mães significam que essas mulheres embarcam na maternidade com uma culpa antecipada e assumem seu papel com um enorme grau de ansiedade, decididas a fazer tudo dar certo, decididas a não serem criticadas. A falta de apoio da sociedade em geral as deixa como trapezistas de circo voando sem rede de segurança, sem poder se dar ao luxo de um único erro” (FORNA, 1999, p. 22).

Walkerdine, (1995, p.213) refere que “a mulher é sistematicamente posicionada e [educada] 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”. Sendo assim, as práticas pedagógicas desses programas reproduzem, veiculam e transformam essas noções de desenvolvimento da criança e de responsabilização da mulher-mãe.

Em relação à influencia desses estudos no comportamento das mulheres-mães, Marilene diz:

“Eu acho que mãe tem que estar ali pra proteger, pra ajudar, onde já se viu isso. A minha, às vezes eu dou umas palmadas, já fico... Mas claro que criança merece. Eu acho que uma palmadinha não faz mal pra ninguém. Até mesmo porque eu assisti um depoimento de um psicólogo... tinha pediatra, psicólogo, vários, na televisão, e aí até o psicólogo falou que palmadinha não mata ninguém, que é uma... até mesmo é bom pra criança sentir que ela, que o pai e a mãe têm mais força, mais poder sobre ela.”(Marilene)

Tais programas, através das atividades recomendadas pela puericultura como cuidado da criança menor de um ano, têm tido a função de pedagogizar práticas sociais, nomeando-as e classificando-as como condutas que pretendem descrever a melhor forma de ser mulher-mãe e de cuidar do(a) filho(a). As práticas dos programas de atenção à saúde da criança fundamentam-se em um pensamento dicotômico que mantém e produz essências cristalizadas de homem e de mulher, ao mesmo tempo que incorporam e/ou provocam mudanças nas relações de gênero, também entre os segmentos populares. Contudo, há distintas interpretações sobre o que essas mudanças vêm significando quanto aos valores dos indivíduos, no caso, as mulheres-mães envolvidas. Vaitsman (1997, p.305) refere que:

“Discute-se em que medida as transformações na família e nas práticas de gênero – chefia feminina, instabilidade conjugal, pluralidade das formas familiares, participação da mulher no mercado de trabalho, controle da fecundidade, etc. – implicariam ou não transformações nos valores, isto é, de que forma os processos de modernização e valores considerados próprios da modernidade são vivenciados, apropriados e traduzidos por diferentes indivíduos em contextos socioculturais específicos” (VAITSMAN, 1997, p. 305).

Quando falamos em “modernização” dos costumes, não podemos deixar de pensar de que forma esse processo que provocou tantas mudanças na família e nas práticas de gênero também trouxe implicações para a concepção de maternidade nos segmentos populares, incluídas aqui as mulheres-mães entrevistadas na Vila Tronco. De acordo com Vaitsman

“Dos processos de modernização emergem novos contextos prático-simbólicos nos quais os atores sociais interagem, disputam e compartilham situações, trocam idéias, emoções, sentimentos, discursos, numa circulação permanente de valores, idéias e imagens (...). A participação em distintos contextos (...) implica simultaneamente em produção de similaridade e diferença (...), sobretudo na cena urbana, em que essa toma parte de mundos que, no entanto, se interpenetram.” (VAITSMAN, 1997; p. 307)

Neste estudo, as mulheres entrevistadas relatam que houve mudanças após a maternidade. As entrevistadas apontaram a falta de tempo para cuidar de si mesma, em função

do que entendem por ser uma boa mãe, ou seja, devotada, maternal, esquecendo-se de si para pensar nos filhos (SILVA, 1998).

“Acordo. Dou café pra eles. Os grandes vão para o colégio, eu fico com os pequenos. Aí eu troco a Suelen. Boto alguma roupa pra lavar, deixo ali na máquina. Porque hoje foi um dia que botei as roupas pra lavar na máquina, elas continuam dentro da máquina porque eu não tive tempo de estender. Eu até estava usando um tanquinho daqueles que lava, só lava, e tive que comprar uma outra máquina porque não dá. É muita roupa e pouco tempo.” (Márcia)

Segundo Souza (1999), as mulheres de seu estudo sobre domésticas percebem o casamento como algo que tira a sua liberdade e a maternidade como um trabalho e preocupação sem fim.

“...tu perdes um tempo enorme da tua vida. Eu tento... as horas... tu perdes um tempão. Porque amamentar, tu ficas ali, olha o tempo que tu ficas amamentando. Aí, quando tu te dá conta, já foi meia hora ou mais do teu tempo. Aí, troca fralda, daqui a pouco já quer colo, aí, nessa função toda, quando vê, já foi uma manhã. Aí, tu querias pintar o cabelo, arrumar a unha, já não dá mais tempo. E por aí vai.” (Marilene)

Neste estudo, todas referem que os cuidados com si mesma diminuem após a maternidade devido às intensas atividades do cotidiano:

“Eu me preocupo mais com eles do que comigo, mas é bom. Quase não sobra tempo para mim, pra me cuidar, não sobra.” (Margarida)

“Já passa o dia inteiro aquela função do Marcos. Desde de manhã cedo até a hora que ele vai dormir. Que às vezes a gente não consegue nem jantar direito porque ele, ele janta sete e meia e depois ele dorme, aí, na hora que a gente vai jantar, ele acorda chorando: ele começa ‘ô mãe, mamãe’. Aí já começa a chorar. Aí, às vezes a gente não consegue nem jantar direito por causa dele, eu, principalmente, porque acho que a mãe se preocupa mais do que o pai.” (Marli)

Da mesma forma, os sujeitos deste estudo referem que a maternidade também é algo significativo em suas vidas, implicando uma mudança para melhor.

“Ah! Modificou muita coisa. Deu para ver que a gente não era mais o que pensava que era. Se tornou mãe, se realizou. Foi tudo mudando, daí a gente vê que a gente já tinha que se ver diferente do que a gente se via antes.” (Mônica)

“Muda, porque não é a mesma coisa. É outra pessoa, a gente é a mesma.” (Marta)

De acordo com Vaitsman (1997, p. 311), “a situação de pobreza numa sociedade de consumo não exclui a existência de aspirações individualistas ou modernas. A noção de indivíduo – valores de privacidade, autonomia, autodesenvolvimento e igualdade – não está ausente do imaginário e da identidade das mulheres”. Concordo com a autora, pois essa noção está presente nas ações das mulheres-mães entrevistadas. Das 16, quatro vieram do interior esperando construir na cidade uma vida melhor, pelo menos no que diz respeito à saúde dos filhos, e ter opções de mercado de trabalho (formal ou informal) tanto para si quanto para o companheiro. Apesar disso, as atividades domésticas vinculadas à criação dos filhos e filhas ainda permanecem como centrais na vida e identidade das mulheres-mães estudadas.

Carvalho (1997), em seu estudo sobre as mulheres da periferia de Belo Horizonte, refere que as provedoras, em relacionamentos mais flexíveis e naqueles com a presença do cônjuge, são um fator determinante da centralidade da mulher na contribuição e gestão domiciliar, não significando, em muitos casos, a melhoria do *status* social.

Além disso, Fonseca (2000a, p.31) diz que a questão da honra feminina nessa comunidade gira exclusivamente em torno das tarefas domésticas da mulher, na divisão do trabalho: “ela deve ser uma mãe devotada e uma dona de casa exemplar. As mulheres se orgulham da maternidade”. A questão de ser mãe na comunidade da Vila Tronco também parece ser parte da feminilidade:

“Me sinto bem grávida.... eu gosto, me sinto bem.” (Margarida)

Afonso e Filgueiras (1998) demonstram que, em relação à organização do cuidado das crianças, chama a atenção a centralidade do vínculo mãe – criança e, portanto, da figura materna em todos os tipos de família.

Tomo aqui as palavras de Forna (1999, p. 143) para resumidamente encerrar a questão:

“A imagem da mãe é criada pela cultura popular para refletir e, às vezes, manipular um conjunto de valores relativos ao que constitui a maternidade exemplar. Por trás de cada representação, boa ou má, está presente o modelo de mãe perfeita. Decisões pessoais sobre o trabalho, relacionamentos, fertilidade e comportamento se tornam propriedade pública porque a mulher é mãe.” (1999, p. 143)

4.3.2 OS CONCEITOS DE PAI E OS LUGARES DOS HOMENS NO CUIDADO COM A CRIANÇA



**Pai com sua criança em atendimento no programa Pra-Nenê
do Ambulatório Básico do CSVC.**

4.3.2 Os conceitos de pai e os lugares dos homens no cuidado com as crianças

É preciso lembrar que, conforme referi no Capítulo 1, no qual fiz um breve histórico das variadas formas de conceber a maternidade a partir do século XVII, o papel fundamental do pai era prover o sustento da família, enquanto que a “responsabilidade materna torna-se central: se as mães amamentarem, os filhos sobreviverão, os pais farão seu papel como preceptores, a família será unida” (MARQUES, 2000, p.34). É também verdadeiro o fato de que os manuais da época pregavam o cuidado para a criação dos filhos até os seis anos de idade como responsabilidade da mulher-mãe, sendo que a educação a partir dessa idade ficaria aos encargos do pai. Percebe-se que até os dias de hoje não nos afastamos muito dessa concepção, ou seja, reafirmamos a equivalência do natural que se estabelece entre mulher e mãe, e os documentos que se dirigem à atenção da criança produzem este tipo de concepção materna.

Quando se trata de concepções, estou referindo-me à construção dessas a partir do contexto sociocultural e familiar. As concepções se produzem a partir das relações, dos papéis exercidos, do que se diz, de como se diz e especialmente do que não se diz (SILVA, 1998). É dessa forma que venho aqui analisar o que não é dito e o que é escrito e veiculado a respeito da figura paterna.

Sob esse enfoque, o marido, pai, símbolo da autoridade, deve prover o sustento da família pelo trabalho realizado fora do lar (vida pública própria do homem, espaço de produção, esfera do político). A paternidade e a maternidade revelam regras sociais, histórica e culturalmente diversas, que acompanham em cada sociedade uma concepção de papéis de gênero. A conduta de homens e mulheres frente ao exercício da paternidade e maternidade é fruto da aprendizagem das regras sociais sobre o que significa o masculino ou feminino em cada contexto social, cultural e geográfico em que se constituem.

Porém, de acordo com Fonseca (2000a, p. 149), “devemos usar com cautela a oposição entre casa (como espaço feminino) e rua (como espaço masculino). Essa dicotomia, particularmente bem adaptada à progressiva separação de espaços na família burguesa do século XIX, não se aplica, necessariamente, de forma tão nítida, em outros contextos.” A autora diz que, em seu estudo da Vila São João de Porto Alegre, os homens estão presentes, pois são aposentados, comerciantes, artesãos, encostados em algum benefício público (auxílio desemprego) e jovens casados sem emprego fixo. Essa descrição faz com que a rua se torne “um cenário povoado pelos dois sexos – os homens parados em grupos em frente de algum

boteco, as mulheres em movimento indo e vindo nas suas rotinas cotidianas. Aí, o público e o privado se confundem”.

Percebo que essa permeabilidade do espaço doméstico acaba por influenciar a hierarquia dos sexos, e a contribuição masculina, se não chega a ser uma norma também não é um tabu. Isso ocorre frente à disponibilidade de horários desses homens, os quais exercem atividades, na maioria, em horários e períodos irregulares, o que lhes permite um tempo de circulação e apropriação da vida do bairro. Dos companheiros das mulheres-mães entrevistadas, apenas três tinham trabalho fixo, em horário comercial. O restante ocupava funções no mercado informal, como pinturas, consertos, vendas, entre outras. Em algumas mulheres, percebe-se que a ajuda do companheiro é valorizada, pois ocorre além do trabalho que este exerce para a manutenção da família. Entre as mulheres entrevistadas, as noções de paternidade ocorrem de formas variadas, inclusive aquela que interfere no próprio trabalho da mulher para o sustento da casa. Márcia refere:

“Como eu disse, sempre fui uma mãe assim, muito... até a irmã, esses dias me chamou a atenção porque eu quero proteger minhas filhas demais. É que eu pensava assim: puxa, se eu sair, ele beber e trazer uns homens pra dentro da minha casa. De repente pode até... até loucura às vezes da minha cabeça, mas é... acho que isso já faz parte da gente ser mãe. Às vezes, tentar evitar as coisas antes da coisas acontecerem.” (Márcia)

Nesse caso, o próprio pai pode se tornar ameaça para a integridade dos(as) filhos(as) e, portanto, ser a principal causa do abandono do emprego da mulher.

No módulo 5 do programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, do Ministério da Saúde, cujo título é “Aconselhar a mãe e acompanhante”, percebe-se a secundarização (talvez omissão?) do papel do pai na criação dos filhos, pois tal módulo se refere ao “acompanhante”. De alguma maneira, pode-se interpretar que isso também dá margem a outras possibilidades de uniões conjugais que trazem outros arranjos familiares já referidos no capítulo anterior e que muitas vezes não contam com a figura masculina. Porém, a paternidade sequer é mencionada nesse módulo, tampouco o é no documento Prá-Nenê. A responsabilidade da mulher-mãe na criação e no cuidado dos filhos parece estar absolutamente incorporada, em termos de sociedade, pois do pai não é cobrada nenhuma atitude na criação dos(as) filhos(as). Esse também parece ser o entendimento das entrevistadas, pois Marli nos fala que:

“Porque a mãe tem mais cuidado com o filho. O pai acho que não se preocupa. Se preocupa mais assim ... na educação.” (Marli)

Fazendo uma aproximação para as políticas de atenção à saúde da criança neste estudo, questiono: por que a figura paterna não é, de alguma forma, co-responsabilizada pelo cuidado da criança, juntamente com a mulher-mãe? Tais programas auxiliam a fazer circular e a compor concepções de maternidade que secundarizam o papel do pai no cuidado dos(as) filhos(as)?

Entendo que a ausência de menções ao pai nos documentos e a naturalidade com que os profissionais atribuem o cuidado infantil à mulher parecem apontar a maneira como os programas educativos de saúde, em sua concepção e em sua implementação, não só reproduzem mas, ativamente, produzem posições sociais de mulher e de homem. Nas falas da maioria das mulheres entrevistadas, também se percebem essas concepções:

“Eu acho que é a mulher... Não precisa ter homem, eu acho, pra cuidar[dos filhos].” (Maíra)

Algumas delas, porém, já observam o fato de que uma ajuda do pai ou daquele que corresponde a esse papel seria bem-vinda:

“Eu acho que os dois tinham que entrar num acordo, e cada um cuidava uma vez. Ah, porque é responsabilidade cuidar de um filho... às vezes eu canso, enjoa. Não adianta, é da gente.” (Matilde)

Da mesma forma, entendo que o silenciamento, tanto das políticas quanto dos programas, em relação à figura do pai levam a considerar que, mesmo no caso das conformações estudadas, a figura paterna não é responsabilizada pelo cuidado com a criança.

“Desde antes do nascimento, tanto as meninas como os meninos recebem seus mandatos já definidos, com a prescrição dos comportamentos e sentimentos característicos, os desejos, a sexualidade, o pensar próprio de seu gênero” (SILVA, 1998, p. 60)”

A presença do companheiro também é apontada pelas mulheres como importante na definição do ser mãe. Marta refere que, de sua última filha, ela não contou com a presença do companheiro que não era pai de seus outros(as) filhos(as), com o qual conviveu durante 15 anos:

“Porque dos outros eu já estava assim, sempre acostumada com ele, sempre do lado, sempre a mesma coisa... E o pai dela, a gente nunca está junto... Não dá certo. Então muda, é diferente...” (Marta)

O exercício da paternidade, assim como da maternidade, são elementos de afirmação e transformação da identidade de gênero. Ser mãe e ser pai, dessa forma, transcende o aspecto biológico da questão, porque são vivências significadas socialmente e atravessadas pelas relações de gênero. A paternidade é, assim, um fato investido de significações sociais: é elemento de construção das funções paternas, naquilo que é definido como próprio do masculino, a afirmação do lugar do homem na família.

Em nossa sociedade, as regras sociais constituídas definem os modos de exercício de paternidade. Não é atribuído ao homem o papel de cuidar das crianças pequenas, nem dele se espera o desempenho das tarefas domésticas. Antes, é esperado que sua inserção na esfera da produção e no espaço público faça dele o provedor e representante das leis da cultura.

Em relação às profissionais entrevistadas, também evidencia-se que essas percebem a completa ausência da figura paterna nas conformações familiares da comunidade em que trabalham. A profissional I relata que:

“Agora eu te pergunto da nossa população: a grande parte recebeu o quê, veio de onde, que tipo de família, se é que se pode chamar de família, são pedaços de seres. Porque a grande parte não sabe nem quem é o pai. Quando eu fui ali naquela escola fazer uma palestra na sala de aula, 90% das crianças não sabiam quem era o seu pai. Não é que o pai tinha saído de casa ou tinha morrido ou tinha se separado, não. Não sabiam quem era o pai. Então, te digo assim: isso é um pedaço de gente. Quem é que está criando? Na verdade é assim uma família toda, é a vó, é a tia... A criança, de preferência na rua, porque vai incomodar muito dentro de casa.”(profissional I).

A fala das mulheres-mães entrevistadas reforçam a condição da ausência da figura paterna, mas apontam sentir a necessidade de sua presença, principalmente em relação à criação e educação dos filhos:

“Ele não me ajuda...psicologicamente, nem...como é que se diz, financeiramente, nem com a presença. E infelizmente aquele ali mais velho sente muita falta. É, mais é o mais velho, que sente até hoje. E ele já disse pra mim assim: ai, mãe, como eu sinto falta do meu pai. Ai, eu digo pra ele, ' meu filho, tu não tem pai, pai sou eu. Sou eu que me viro, faço o que eu posso. Não deixo passar, faltar nada pra vocês'. 'Ah, mãe, mas não é a mesma coisa.' Eu digo, eu sei, eu sei, porque...sei lá, é homem, aquela coisa

toda. Falo com ele, conto a verdade pra ele, não escondo nada deles. Sempre joguei muito a limpo com eles. ‘Olha, teu pai é ladrão, teu pai rouba, sabe?’ ‘Ah mãe, mas não interessa se ele é ladrão ou não, eu quero meu pai’. Vai ser meio difícil...” (Michele)

Observa-se, assim, que, em algumas das famílias estudadas, constituídas pela mulher-mãe e seus filhos, a figura paterna ausente era tratada com certa hostilidade, pois os homens-pais não preenchiam as expectativas sociais. O homem deve dar o nome à criança e reconhecê-la como filho, e é por efeito do nome que o homem pode adotar como seu um filho não-biológico ou negar a paternidade a um filho biológico. A paternidade ganha visibilidade e significado pela palavra. Em relação a isso, Margarida declara:

“O pai da Helen está fora de circulação. E porque ele... Mas mesmo assim eu dei parte no Juizado, pra ele registrar a Helen no nome dele também, como a outra é. Só está se encaminhando pra isso. Estou esperando agora a vez do juiz. Não sei se eles vão fazer teste nela ou não.” (Margarida)

Pode-se perceber que a diferença do grau da vivência de paternidade e de maternidade são produções culturais. Assim, a vivência da paternidade irá adquirir novas posições e modificar regras sociais, à medida que as mulheres tomam novas posições no domínio: o sustento e o cuidado das crianças. A ocupação dos espaços públicos pelas mulheres e de espaços domésticos pelo homem torna visíveis possíveis conflitos nas relações de gênero, desequilibrando formas estabelecidas de vivência de paternidade e de maternidade.

“Assim, se eu peço pra ele: cuida o Fabrício, que o Eduardo eu dou jeito. Que o Eduardo, ele é grande, então tem que cuidar mais esse aqui pra não cair, não se machucar, aquela coisa toda. E eu digo: cuida o Fabrício, que eu vou limpar a casa. Daí ele pega o guri, passeia bastante, aí, quando ele volta... Mas lavar um prato, um copo, jamais. É um sacrifício até pedir pra limpar o banheiro. Eu, rindo, coitado. Mas ele é uma pessoa muito boa, sabe. Assim, de tudo assim, ele pode até estar cansado, chega muito tarde do serviço, cansado. Aí, de lá tem que dar banho no Fabrício. E ele vai lá, dá banho e tudo, daí só eu que visto, eu seco e visto o guri. Trocar fralda, ele não troca. De jeito nenhum. Ele paga uma pessoa e não troca a fralda. Ele não gosta de jeito nenhum.” (Matilde)

Através da fala dessa mulher-mãe, pode-se entender que as definições de papel de pai não se diferenciaram muito daquelas dirigidas pelas relações de gênero e significadas socialmente. Tornar-se pai é um processo social, que transforma a concepção de homem em

pai, ressignificando a sua relação interpessoal e seu lugar social nos cuidados das crianças. Fonseca (2000a), refere que ter filhos é inegavelmente um grande orgulho masculino, mas nem o casamento nem a co-residência com a mãe de seus filhos são necessários para adquirir o *status* de pai. A respeito disso, podemos entender o que Michele refere em relação ao pai de seus filhos:

“Não, agora ele está por aí com mais outra, com uma barriga desse tamanho, está quase ganhando. O prazer dele é fazer filho. Tu olhas, assim, parece um gurizinho, mas é um baita de um homem. Fora vocês aí, tem mais uns dez por aí. Infelizmente tem. Quando ele faz um filho por ano, ele está feliz, eu nunca vi.” (Michele)

A percepção da profissional demonstra que o papel do pai é identificado completamente quando da inserção da criança no Programa Pra-Nenê:

“Eu acho que a maior parte tem companheiro. Elas relatam na hora da abertura do prontuário. Porque a gente conversa, assim... E muitos pais vêm junto. Eles estão desempregados, isso e aquilo... Daí, chega a irmã e o filho maior, o filho menor, todo mundo, para trazer o pequenininho para consultar ou todo mundo vem consultar junto. Eu noto, assim, os pais... Não sei se estão presentes da maneira como deveriam estar, mas existe a figura masculina na família, sim.” (Profissional III)

De alguma forma, o tom que a profissional emprega é de não saber exatamente qual o papel do pai naquela família, porém admite a sua presença. O lugar socialmente destinado ao homem depende das possibilidades do universo cultural em que ele está inserido e, ao mesmo tempo, da individualidade do homem-pai. Desse modo, a desigualdade apontada entre homens e mulheres e as diferenças relativas ao sexo são construídas social, cultural e ideologicamente.

Ser pai nas famílias das mulheres entrevistadas também abrange uma ampla variedade de formas de paternidade e de cuidado com as crianças. Desde aqueles que são totalmente desconhecidos e ausentes fisicamente da vida da mulher-mãe e de seu(sua) filho(a), até uniões conjugais em que o companheiro dá alguma contribuição no cuidado das crianças (não nas tarefas domésticas) e aquelas em que as mulheres se encontram separadas de seus ex-cônjuges, mas recebem deles algum ganho financeiro ou apoio moral no cuidado dos filhos(as).

4.3.3 ONDE E COMO AS MULHERES APRENDEM A SER MÃES DE UM DETERMINADO TIPO



Mães e crianças aguardando atendimento no ambulatório básico do CSVC.

4.3.3 Onde e como as mulheres aprendem a ser mães de um determinado tipo

Aqui apresenta-se a questão cultural imperiosa em que o aprendizado de ser mãe é desenvolvido desde a infância, pois as mulheres aprenderam e se constituíram em mulheres-mães através da prática de criar seus irmãos mais moços e de orientações de sua mãe. A questão do gênero, como construção histórica das mulheres na função do cuidar e criar filhos, aí se faz presente.

“Saber tratar os filhos.. .Muita coisa pra mim. Eu aprendi com minha mãe mesmo.” (Mônica)

Entende-se que as relações entre homens e mulheres não são determinadas pela natureza biológica, mas que se materializam e assumem significados diferentes entre homens e mulheres.

“Eu aprendi também porque, como a gente foi criado pra fora, e os irmãos tinham que cuidar dos menores, tanto é que eu sou... Existe pouca gente analfabeta, e eu ainda sou uma pessoa analfabeta, me criei analfabeta. A gente nunca teve tempo de estudar.” (Márcia)

“Aprendi com a minha mãe, com a minha sogra. Se eu não sei de alguma coisa, se eu tenho dúvida como eu vou fazer pra cuidar da criança, eu pergunto.” (Marilene)

“Eu ajudei criar meus irmãozinhos menores, e eu me lembro, assim, que lá a gente morava bem pra fora.” (Márcia)

Observo que a aprendizagem de ser mãe e do cuidado com a criança, nas mulheres-mães deste estudo, decorrem da definição e construção do gênero feminino e do lugar social que a maternidade ocupa na definição do ser mulher. Daí os conhecimentos dos cuidados com a criança serem repassados de mãe para filha, de sogra para nora, numa relação que envolve muito mais a questão feminina do que relações familiares. Dytz (1998), em seu estudo sobre o modo de vida da mãe e a saúde infantil realizado com mulheres da região periférica do Distrito Federal, concluiu, a partir de seus achados, que as mães misturavam as orientações médicas com práticas populares herdadas de suas mães ou transmitidas por vizinhas/familiares: “não raro, freqüentam os serviços de saúde regularmente, mas preferem seguir as orientações de sua mãe” (id., 1998, p. 182). Moreira (1994,p.23) acrescenta que:

“A paternidade, assim como a maternidade, nesse sentido amplo são objetos do conhecimento (...). As formas como os grupos humanos lidam com as questões relativas à procriação são simbolizadas através da linguagem transmitida às gerações, constituindo,

portanto, fruto da aprendizagem. Em nossa cultura, temos regras específicas de parentesco, de atribuição de papéis masculinos e femininos, que re-significam os aspectos biofisiológicos e que reasseguram a integração das dimensões do sujeito no exercício da maternidade e paternidade”. (MOREIRA,1994, p.23).

Acredito que as concepções e o exercício da maternidade das mulheres está diretamente influenciado pela divisão tradicional do trabalho por gêneros, mas também entendo que a maternidade é construída culturalmente, de diferentes modos e em diferentes tempos, e depende das variáveis econômicas, políticas e sociais do contexto em que acontece. Nesse aspecto, concordo com Forna (1999, p. 267) quando diz que:

“A vida de uma mãe pode ser afetada em resultado da prática e da convenção social ou das políticas arquitetadas para mudar o comportamento, restringir o campo de opções e controlar as variáveis de um único grupo. A política formata a maternidade. A política é colocada em ato através da prática que, por sua intenção ou deficiência, empurra as pessoas na direção de certos padrões de comportamento”. (FORNA,1999, p. 267)

Historicamente, pode-se dizer que as mulheres-mães representaram a manutenção de uma reserva demográfica. Durante a Segunda Guerra Mundial, elas foram usadas com mão-de-obra barata, pois as fábricas necessitavam funcionar 24 horas por dia, e o trabalho era visto como dever patriótico. Países do primeiro mundo (Inglaterra e Estados Unidos) instituíram, então, as creches e escolas maternas, e a educação pré-escolar foi apresentada como uma vantagem para a criança. Em meados da década de 40, os homens retornam da guerra e precisam de empregos, as creches são então fechadas, e as mães estimuladas a permanecerem em casa cuidando da criança abaixo de dois anos. Essa política permaneceu até meados da década de 60, em que a mulher foi desestimulada a trabalhar fora, e a política trabalhista não instituiu medidas que facilitassem a participação da mulher no mercado de trabalho. No início da década de 80, as mulheres são incentivadas a preencher certos quadros no mercado de trabalho, mas permanece o discurso em prol dos cuidados com a criança, das obrigações da mulher no lar.

Nesse contexto, as políticas de atenção à saúde da criança desenvolveram-se em um período em que a puericultura torna-se um discurso homogeneizador na área da saúde materno-infantil, racionalizando as ações e condutas e propondo soluções de ordem médica para a resolução de problemas cuja causa principal é social. Tais medidas são consequência do antigo PMI (Programa Materno-Infantil), que tinha a proposta de estender a cobertura médica a todas as crianças, sobretudo na faixa etária de menores de 1 ano, porém mantendo-se na lógica assistencialista. Apesar dos avanços ocorridos após a década de 70, os critérios para a avaliação do estado de saúde da criança ainda apresentavam déficit na caracterização da

classe social das crianças menores de um ano. O PAISC , embora preveja um atendimento dentro da perspectiva interdisciplinar, ainda reproduz os critérios assistencialistas à saúde da criança.

A partir da década de 1970, não apenas no Brasil, mas em toda a América Latina e até na Europa e Estados Unidos, os movimentos sociais iniciaram e se constituíram em uma forma específica de mobilização popular diversa daquela anteriormente acionada por partidos políticos e sindicatos. Nesse sentido, o entendimento desses movimentos sociais passou a ser fundamental para os(as) profissionais que defendem um sistema de saúde que contemple as necessidades das mulheres do contexto social em que atuam, marcado pelas dificuldades econômicas e sociais. Com o passar dos anos, novas formas de atividades educativas e assistenciais, entre elas, em Porto Alegre foram implantadas, através da inserção da ótica epidemiológica e da vigilância sanitária do sistema de saúde, o programa para crianças com risco nutricional (Pra-Crescer) e o programa Pra-Nenê.

A partir do final dos anos 80, o poder político torna-se mais permeável às pressões da sociedade civil. Nesse contexto, a política de atenção à saúde materno-infantil reorienta as suas práticas, centralizando suas atividades de cunho cultural e educativo em que a nova abordagem da questão de saúde adota o viés coletivo. Essa nova abordagem articula saúde coletiva com qualidade de vida, evidencia a saúde em detrimento da doença e põe em foco a prevenção e não o tratamento assistencial. Descreve os preceitos do bem viver, agora não mais destinados aos indivíduos, mas às comunidades.

No programa de atenção à saúde da criança e, especificamente, no Pra-Nenê, do modo como se apresenta na atualidade, configuram-se diretrizes de promoção à saúde da criança e ações educativas que têm efeitos concretos na vida das mulheres-mães, pois são definidos e posicionados processos de significação do ser mãe e do cuidar da criança menor de um ano. As práticas dos profissionais de enfermagem vinculadas a esse programa, talvez com algumas variações, são sustentadas por pressupostos que definem a maternidade como uma essência inscrita na natureza feminina e dever primordial de mulher.

Ainda hoje percebe-se que as políticas dirigem as ações dos profissionais, em suas orientações para as mulheres-mães, para um enfoque de atenção global que permita a identificação dos problemas que mais afetam a criança. Apesar dessa tentativa de deslocar o foco de atenção da saúde curativa para a preventiva, nos serviços de saúde, na rotina, tem-se um atendimento fracionado entre diferentes profissionais, com uma anamnese dirigida à queixa que as mães fazem sobre a condição de saúde dos filhos:

“Às vezes é o meio em que elas vivem. Porque, tanto que a gente vê a incidência que agora, no inverno, as doenças pulmonares aumentam muito, por mais que a criança venha consultar mensalmente. Eu acho que às vezes até a qualidade de vida deles. Não que só pobre adoeça. Mas eu estou dizendo que a propensão é maior. E como nós estávamos falando, nem todas as mães cuidam cem por cento. Muitas crianças vão para a creche, quando elas trabalham, nem sempre ficam aos cuidados delas, só delas. Eu acho um dos fatores...(Profissional II)

Afonso e Filgueiras (1996) relatam que, devido à ausência ou às limitações das políticas sociais para todos os setores, mas particularmente para os populares, as respostas às carências e dificuldades são freqüentemente encontradas na própria esfera das relações sociais primárias – a família, a vizinhança, a comunidade. É amplamente reconhecido que, à medida que as mulheres passam a participar mais do mercado de trabalho, seja ele formal ou informal, não se construíram condições para suprir a sua saída de casa, não apenas no que se refere à realização de tarefas domésticas – cuidado da casa e dos filhos –, mas também em relação a esse suporte para as políticas sociais. As autoras seguem dizendo que nas famílias pobres é mais difícil a saída da mães para o trabalho, pois essa ocorre em condições desfavoráveis (má remuneração e falta de recursos para o cuidado dos filhos pequenos), o que contribui também para a precariedade das condições de vida dessas famílias. Por outro lado, essas famílias podem ter renda mais baixa exatamente porque a mãe não trabalha.

A qualidade de vida é, desse modo, relacionada com a definição de maternidade, o que parece remeter a uma concepção de que a pobreza está associada a uma forma de ser mãe diferente da que é preconizada pelos documentos estudados. *“Não que só pobre adoeça, a propensão é maior”* – essa citação da Profissional I revela uma intimidade com os dados de realidade e um entendimento de que a concepção de senso comum não pode ser aplicada a essas mães.

O programa Pra-Nenê tem como objetivo geral

“produzir ações de saúde que propiciem o pleno desenvolvimento da criança buscando aumentar sua qualidade de vida e de sua família” (PRÁ-SABER, 2001, v.5, n.2, p.58).

Em relação às ações desenvolvidas pela enfermagem que, objetivamente, irão aumentar a qualidade de vida dessas crianças e dessas mulheres, parece que, por mais que atendam e tentem contemplar as variáveis culturais e sociais que estão em jogo, remetem ainda ao discurso dos programas iniciais de saúde materno-infantil. Conforme Tyrrel (1997), a enfermagem foi caracterizada pela execução de tarefas de acordo com o local onde se realizavam os cuidados, indicando-se o que deve ser feito e descrevendo-se procedimentos

tradicionais na assistência à mãe e à criança, o que traduz uma relação de poder e de hierarquia entre as profissionais de enfermagem e a criança. Neste sentido, Malveira e Souza (1998,p.251) referem que

“A promoção à saúde fica restrita à fala vaga ou pouco enfática sobre os cuidados domiciliares que devem ser desenvolvidos no ambiente familiar, podendo ou não ser consoantes com a realidade social das famílias, o que coloca as mães como seres submissos ao poder e saber dos médicos e da equipe de saúde, incluindo os profissionais de enfermagem, que são os que primeiramente estabelecem contato com as mães e seus filhos, quando esses comparecem aos serviços de saúde” (MALVEIRA E SOUZA,1998, p. 251).

De acordo com Mamede, Bueno e Bueno (1993), a função educativa é inerente aos profissionais de saúde e, embora aparentemente simples e fácil, é um processo que requer numerosas especificidades.

Valla (2000), complementa essa idéia ao dizer que a proposta de educação em saúde implica a idéia de prevenção, um olhar para o futuro, e esses setores da população conduzem suas vidas através da categoria principal de provisão, ou seja, a lembrança da fome e das dificuldades de sobrevivência enfrentadas no passado faz com que a preocupação seja a de prover o dia de hoje.

Esse enfoque da prevenção versus provisão descrito por esse autor nos faz pensar por que, ainda hoje, os profissionais de saúde têm dificuldades quanto à concretização de algumas das orientações dos programas de saúde materno-infantil. Ao deparar-se com a fala da profissional I – “*tu bates com a cabeça na parede*” ou “*o que é que estou fazendo aqui?*” – , pode-se perceber que, mesmo sabendo da realidade sócioeconômica das comunidades com que trabalha, o(a) profissional de saúde percebe que “*são duas linguagens diferentes entre técnico e a realidade deles*”. Geralmente, essas linguagens não são demonstradas nos documentos e, quando o são, vêm carregadas de uma percepção de que os(as) profissionais devem ensinar as mães a cuidar do(da) filho(a) e elas devem de aprender essa lição.

Grande parte das dificuldades que os(as) profissionais de saúde, encontram-se na compreensão de que a fala das mulheres-mães provém da diversidade que existe entre essas mulheres. O desconhecimento dessa diversidade faz com que os limites não sejam percebidos e os profissionais tenham dificuldades em compreender a maneira pela qual as mulheres cuidam de seus(suas) filhos(as).

Dessa forma a política implantada no país , a qual influencia diretamente as diretrizes do sistema de saúde faz com que os programas de saúde materno-infantil sejam considerados como elemento central na aprendizagem de ser mãe para a mulher.

Essas mulheres constroem concepções para explicar as formas de ser mãe e de cuidar da criança a partir de fragmentos do discurso da ciência biomédica que conseguem coletar durante a sua permanência nas instituições de saúde, no caso, a SOP do PACS, somadas às noções de maternidade provenientes de suas vivências culturais e experiências de aprendizagem de suas mães e mulheres da família e da cultura da comunidade em que vivem.

Fonseca (2000a), diz que, mesmo as mulheres que possuem trabalho remunerado fora do lar, não têm aumentado o seu nível de *status*; pelo contrário, aumentam as suas atividades no cuidado com a(s) criança(s). O aprendizado do cuidado das crianças é influenciado pela participação da mulher-mãe no mercado de trabalho e também pela forma como seus pais gerenciavam o sustento na época em que essa mulher era uma criança.

Quando se trata de mercado formal, existe a possibilidade de gozar licença maternidade e realizar os cuidados com a criança até os 4 meses. Porém, das entrevistadas, apenas uma contava com essa licença, e as demais participavam de atividades econômicas no mercado informal de trabalho (babás, faxineiras diaristas, vendedoras...), como já foi descrito, e, portanto, não usufruíam desse direito.

Entendo que, para essas mulheres, a inserção no mercado de trabalho deixa de ser um símbolo de autonomia e liberação para tornar-se obrigação e, assim, quando o homem-pai trabalha e garante o sustento dos filhos(as), isso torna possível a sua presença em casa. Tais mulheres mencionam o cuidado dos filhos(as) para justificar a recusa de trabalhos com maior carga horária no mercado formal ou informal. Fonseca (2000a) refere que, nas classes populares, a mulher que sustenta marido e filhos(as) só tem a perder, pois os homens tendem a não procurar mais sustento em função do salário da mulher, não a auxiliam em tarefas domésticas e sentem-se magoados diante da afronta à honra masculina. Assim, as mulheres pensam muito bem antes de arranjar um emprego regular.

Além disso, é a mulher quem assume mais tarefas referidas ao espaço doméstico, enquanto o homem participa daquelas atividades que se ligam ao espaço público, especialmente quando envolvem dinheiro. Nota-se um pequeno aumento de participação masculina nas tarefas de cuidado com a criança. As atividades domésticas vinculadas à criação dos filhos permanecem referências centrais nas vidas das mulheres-mães entrevistadas. A maioria delas participa – ou o fez em momentos anteriores – de atividades remuneradas para a geração de renda. Essa participação ocorre em condições nada favoráveis em função das necessidades e/ou oportunidades de trabalho compatíveis com os momentos de seu ciclo de vida.

A partir da inserção da mulher no mercado de trabalho, pode-se afirmar que a aprendizagem da forma de ser mãe nesse grupo de mulheres-mães entrevistadas leva em conta os papéis reprodutivos na família; porém, a sua participação em atividades remuneradas não é percebida como algo negativo, mas como uma nova ordem social que deve ser incorporada a sua concepção de maternidade e cuidado das crianças. Entendo que as mulheres também, de certo modo, foram pressionadas socialmente a aprender a serem mães de acordo com as novas situações de vida que, necessariamente, passam pela sua inserção no mercado de trabalho como forma de sobrevivência e, portanto, pela sua inclusão no espaço público.

Na visão de algumas mulheres, o trabalho, inversamente ao que foi constatado por Fonseca(2000a) passa a ser um meio pelo qual elas podem conseguir a sua independência econômica e livrar-se da subordinação ao homem, pai de família, provedor da subsistência da mulher e filhos. Porém, em ambos os casos, a inserção da mulher no mercado de trabalho implica a incorporação de valores sociais provenientes da modernização dos costumes dessas mulheres-mães. Esses valores podem ser considerados como pertencentes a dois mundos diferentes, que coexistem sem grande conflito. Por um lado, quando se refere ao trabalho remunerado, não constrói a oposição fixa de homem/mulher e valoriza a participação da mulher no mercado de trabalho; por outro, quando se refere ao trabalho doméstico como encargo da mulher e se pode ter a ajuda do homem, o discurso torna-se tradicional. O sentido hierárquico da oposição homem/mulher permanece, porém essa hierarquia não parece ser tão estável quanto antes. Vaitsman (1997, p. 315) acrescenta que:

“A exigência de sustentar os filhos pelo trabalho remunerado coexiste com a vontade de ser independente e com a tradição da cultura de domesticidade feminina. Estamos não apenas diante de continuidade e ruptura, mas também de convivência de vários mundos. Não existe um discurso unificado (...) quanto ao ‘lugar dos sexos’ pois esse (...) está hoje em franca desagregação”. (VAITSMAN,1997, p. 315).

Portanto, para que se conviva e se trabalhe com essas mães, é preciso entender os diferentes contextos sócioeconômicos da comunidade em que elas vivem, os quais apresentam diferentes arranjos culturais que podem ou não ser consoantes com os recomendados pelas políticas e documentos que modelam a maternidade. De acordo com essa argumentação, concordo com Forna (1999,p.32):

“Em se tratando de maternidade, há lições a serem aprendidas quando se olha para o outro, a primeira e mais vital é que existem muitas maneiras de ser mãe. A maternidade é modelada pela cultura, pode ser adaptativa e flexível. Quando entendermos e aceitarmos isso, poderemos tirar a viseira coletiva que nos impede de ver, além da nossa versão mitificada de maternidade, outras realidades e novas soluções” (FORNA, 1999, p.32).



*Vossos filhos não são vossos filhos.
São os filhos e filhas da ânsia da vida por si mesma.
Vêm através de vós, mas não de vós.
E embora vivam convosco, não vos pertencem.*

*Podeis outorgar-lhes vosso amor, mas não vossos pensamentos,
Porque eles têm seus próprios pensamentos.
Podeis abrigar seus corpos, mas não suas almas,
Pois suas almas moram na mansão do amanhã,
Que vós não podeis visitar nem mesmo em sonhos.*

*Podeis esforçar-vos por ser como eles, mas não procureis fazê-los
como vós,
Porque a vida não anda para trás e não se demora com os dias passados.*

*Vós sois os arcos dos quais vossos filhos são arremessados como flechas vivas.
O arqueiro mira o alvo na senda do infinito e vos estica com toda a sua força para
que suas flechas se projetem, rápidas e para longe.*

*Que o vosso encurvamento, na mão do arqueiro, seja vossa alegria:
Pois assim como ele ama a flecha que voa,
Ama também o arco que permanece estável.*

(GIBRAN KHALIL GIBRAN)

Ao tecer as considerações finais deste estudo, tenho por objetivo resumidamente descrever algumas possibilidades de concepções de maternidade e cuidado infantil dos sujeitos, respeitando as suas individualidades e também a objetividade dos documentos que preconizam essas concepções.

Através da análise das falas das mulheres-mães deste estudo, compreendi que se tratam de histórias de vida diferentes, tendo pontos em comum e outros que parecem divergir, mas todos ligados à diversidade do contexto que as cerca. A busca de unidades de significado através da fala das entrevistadas envolveu a aproximação e observação do cotidiano, o local onde vivem e a reflexão sobre o que elas definiram como maternidade e cuidado infantil.

Sabe-se que, cotidianamente, homens e mulheres são constituídos pela cultura, pela ação da própria sociedade e suas regras e conformações de comportamento. A cultura é aqui entendida como campo de luta e contestação em que se produzem tanto os sentidos quanto os sujeitos que constituem os diferentes grupos sociais em sua singularidade. As vivências junto à comunidade em estudo, através das conversas e entrevistas que tive com as mulheres-mães, possibilitaram-me aprofundar meu olhar e enxergar os detalhes do cotidiano de cada uma delas. Entrar na vida da comunidade parece ser uma tarefa fácil, mas não percebi isso dessa maneira, pois havia sempre o constrangimento de ser uma pessoa estranha às famílias, ao seu convívio, a sua comunidade e, de uma maneira indireta, hierarquicamente diferenciada. Por ser uma profissional de saúde, mesmo solicitando o aval para a realização da entrevista através do termo de consentimento, colocava-me em uma posição de invasão da sua privacidade. Tentarei resgatar e minimizar essa conduta de pesquisadora, reforçando os vínculos com essas famílias através da sua aproximação dos serviços de saúde, além de visitá-las para lhes dar um retorno do estudo desenvolvido.

Entendo que, ao atuar junto ao Grupo de Estudos das Relações de Gênero (GEERGE) durante o desenvolvimento deste estudo, trabalhei com um referencial que “aponta para a impossibilidade da existência de verdades e/ou de essências universais e transcendentais”, mas, ao contrário, coloca “noções como a pluralidade, a contingência, a instabilidade, a diferença e desigualdade no centro dos processos de produção de culturas e de identidades sociais” (MEYER, 1999, p.227). O conceito de gênero, enquanto categoria de análise, rejeita uma perspectiva essencialista, é eminentemente relacional e traz como marca a construção social dos modos de tornar-se homem e tornar-se mulher. Assim, mesmo que tenha sido utilizada parcialmente na análise realizada, abre possibilidades para pensar as necessidades de cada mulher-mãe a partir de sua história e a de suas relações sociais, de

encontros e desencontros com iguais e diferentes, em que são processadas e construídas as concepções do que significa para essas mulheres ser mãe e cuidar do filho(a).

Nesse sentido, percebi que as mulheres entrevistadas desempenham múltiplos papéis na esfera pública – trabalhando pela necessidade de sobrevivência – e principalmente na vida privada, quando se dedicam às atividades domésticas de manutenção do lar e de cuidado dos(as) filhos(as). A maternidade é responsabilidade da mulher, além do cuidado com as crianças, a concepção de ser mãe é entendida como destino natural da mulher.

No grupo de mulheres estudadas, as concepções de maternidade e de cuidado da criança menor de um ano, homoganeamente, remetem aos padrões tradicionais, que consistem nas concepções de maternidade e de paternidade com visões essencializadas de ser mulher e de ser homem. A concepção do instinto materno – ser mãe é o papel natural da mulher – está presente na fala dessas mulheres. De certo modo, essas mulheres demonstraram nas entrevistas realizadas que a concepção de ser mãe concretiza a condição feminina.

As unidades de significado mostram, porém, que alguns aspectos do modelo de maternidade de senso comum são percebidos de forma diferenciada por esse grupo de mulheres-mães, e pode-se pensar que o motivo seja o valor que o cotidiano representa na construção dessas concepções. A partir de meu envolvimento com esses estudos, pude perceber o quão individual pode ser o exercício da maternidade e do cuidado infantil para as diferentes mulheres-mães, sendo que esse exercício produzido, depende do meio social e cultural em que elas vivem.

É desta forma que as entrevistadas conceituaram uma boa mãe: como aquela que evita a violência contra seus filhos e filhas dentro de sua casa e diferencia a violência que parte dos pais – considerada permissiva e corretiva – da que parte dos estranhos (padrastos e outros entes da família). Quando a violência é considerada espancamento, na maioria das vezes a criança é encaminhada a um serviço de urgência. A violência faz parte do convívio diário dessas mulheres em situações específicas: o tráfico de drogas e a união com homens que estão (ou estiveram) no presídio por roubo e/ou assalto, entre outras que elas enfrentam. Assim, apresentar a realidade da comunidade em que vivem para seus filhos e filhas, para que a conheçam e aprendam a conviver com ela, consiste em um dos quesitos necessários à boa mãe.

Entre outras mães, observei opiniões divergentes em relação à violência, pois para essas, afastar os filhos de mau convívio com drogados e assaltantes do bairro e colocá-los em Centros de Integração Comunitária, geralmente no turno em que não estão na Escola, remete ao conceito de ser uma boa mãe. Esses centros comunitários, ligados à Igreja Católica, à

Associação de Moradores do local ou alguma instituição filantrópica, apresentam para as crianças atividades lúdicas e de entretenimento.

No caso do cuidado das crianças menores de um ano, as mulheres-mães estudadas, na maioria das vezes, ficavam em casa para exercer esse cuidado e optavam por iniciar alguma atividade no mercado de trabalho após o(a) filho(a) estar com mais idade, geralmente em torno de um ano, quando começam a acrescentar às mamadeiras de leite, alimentos variados.

A atividade no mercado de trabalho, geralmente exercida e já realizada em outro momento de vida pela maioria das entrevistadas, centraliza-se no trabalho doméstico, de domicílios, como babás e vendedoras, ou de serviços terceirizados, entre outros. Para aquelas mulheres-mães que não estão inseridas no mercado de trabalho, percebi que o fato de serem sustentadas pelo companheiro faz com que elas possam destinar o seu tempo para o cuidado da criança menor de um ano e filhos maiores, daí a sua concepção de ser uma boa mãe. Além disso ter um homem ao lado e ser sustentada por ele, representa um status diferenciado na comunidade. Divergentemente, algumas mulheres, as que não tinham companheiro, percebiam o trabalho como uma forma de sustento das suas famílias e, por isso, a sua concepção de boa mãe justifica-se na união entre mãe e filhos(as), em função de uma causa única: sobreviver. Para tanto, contam com a ajuda dos filhos e filhas: as filhas, geralmente no cuidado dos irmãos menores e no cuidado da casa, preparando alimentação e fazendo a limpeza, e as maiores já se inserem em empregos de domésticas de meio turno que lhes possibilitem estudar e trazer o retorno financeiro para a família. Os filhos geralmente são incentivados pela mãe a estudar e se envolver com atividades que se aproximem daquelas exercidas pelo pai.

Pode-se perceber e concluir que a questão do gênero ainda está presente no grupo de mães estudadas através da perpetuação do aprendizado de maternidade e de cuidado da criança menor de um ano, que é repassado através das gerações das mulheres nas famílias. Soma-se o fato de que as mulheres que fazem parte da rede de apoio social daquela mulher podem ajudar no cuidado da criança e inserir práticas culturais aprovadas pela coletividade (chás para cólicas, moedas sobre o umbigo, entre outras).

A análise das falas das mães trouxe também a definição de maternidade como sacrifício de vida, e novamente as falas das entrevistadas convergem para o entendimento da maternidade como lugar socialmente aceito para a mulher.

Em relação à divisão das tarefas no cuidado com o filho recém-nascido, percebi que os papéis de gênero se confirmavam quando a mulher é colocada, essencialmente, como a

responsável pela criança e pelo espaço doméstico, e o homem, como provedor ausente do espaço doméstico (quando não ausente por completo do convívio familiar), está inserido no mundo do trabalho, seja ele formal ou informal. Apesar de predominar o papel do pai enquanto provedor da família, algumas entrevistadas em que os homens estavam presentes, relataram que eles realizavam algumas tarefas “dando uma mão” para a mulher. Entendo que há concessões nos papéis de homens e mulheres produzidas pelas alterações sociais e culturais da coletividade, resultado de diferentes políticas sociais e econômicas. Tais alterações trazem mudanças no desempenho dos papéis de gênero, em que as mulheres mostram a sua possibilidade de inserção no espaço público e os homens se mostram capazes de assumir as atividades do espaço doméstico. No confronto da dupla jornada de trabalho, com o surgimento das dificuldades é que ocorre esse somatório de possíveis concepções de maternidade e de paternidade.

Ao analisar os documentos deste estudo, pode-se constatar que, subliminarmente, os manuais tratam da maternidade como se fosse uma situação isolada da mulher-mãe, como se ela não tivesse outros filhos para cuidar, além de se encarregar da subsistência de toda a família, fatos geralmente somados à precariedade de infra-estrutura em que vivem. A política do Pra-Nenê traz a caracterização da realidade social e econômica das mulheres e a associa à mensuração de risco que essas crianças apresentam. As visitas domiciliares realizadas pelos(pelas) profissionais inseridos nesse campo quase sempre são efetivadas no portão da casa e se restringem a solicitar uma justificativa para o atraso nas revisões médicas mensais da criança, à cobrança de levar a criança à consulta médica e ao fornecimento de retornos ao Programa Pra-Nenê.

Além disso, os documentos estudados referem-se a modelos de mulheres de classe média, com famílias mononucleares em que o pai (homem) trabalha na vida pública para o sustento e a mãe (mulher) realiza as atividades domésticas e os cuidados com os filhos (vida privada). Pode-se perceber que, apesar de as mulheres-mães entrevistadas estarem inseridas em formas diferentes de conformação familiar, a maternidade ainda possui uma centralidade, uma decorrência óbvia de ser mulher. Porém, a situação de maternidade redefiniu a vida das mulheres em várias direções, que se devem à interação de uma pluralidade de fatores, que vão desde os ligados à classe e à situação social (escolaridade/renda/origem) àqueles referentes aos padrões hegemônicos de gênero (expectativas diferenciadas de homens e mulheres) articulados ao momento do ciclo de vida em que essas mulheres se encontram: da adolescência até a vida adulta.

Os valores e verdades científicas em relação ao aleitamento materno são universais e imputados a todas as mulheres-mães através das políticas e dos documentos oficiais. Nesse sentido, a maternidade é idolatrada, assim como a amamentação e o cuidado com a criança menor de um ano. A concepção de maternidade e de cuidado com a criança nos documentos analisados neste estudo remetem o conceito de boa mãe à amamentação. De certa forma, essa concepção já foi incorporada pelas mulheres-mães entrevistadas, porém o não-aleitamento de seus(suas) filhos(as) vem sempre acompanhado de um sentimento de culpa por não ter amamentado. O não-aleitamento materno das crianças é apenas uma das formas de responsabilizar e culpabilizar a mãe pelo possível adoecimento do filho(a) .

Essa conotação do não-aleitamento relacionado à concepção de não ser uma boa mãe não foi considerado importante por parte das mães soropositivas, quanto para aquelas que não possuíam o vírus HIV. Ao contrário, para as mulheres-mães portadoras da AIDS, a concepção de boa mãe girava em torno do cuidado com a saúde da criança, principalmente no controle da possibilidade de a criança tornar-se não-reagente para o vírus HIV, isto é, a confirmação da ausência do vírus no organismo da criança é considerado atestado de boa mãe.

Na prática das profissionais de enfermagem entrevistadas, em que estão inseridas as ações educativas fornecidas às mulheres-mães quando do nascimento da criança e no acompanhamento do primeiro ano de vida, existe uma espécie de transitoriedade entre as ações clássicas típicas do modelo biomédico e as ações de modelo radical de educação em saúde, nas quais a educação passa pela busca da conscientização e participação das usuárias na transformação das condições de vida. Esse enfoque é entendido, aqui neste estudo, de forma que as medidas educativas da ação das profissionais entrevistadas envolvem tanto a formação acadêmica quanto a atuação profissional, as quais são influenciadas por determinantes que fazem parte dos modelos tradicionais de saúde. Acrescento que, no exercício de educar indivíduos, grupos ou comunidades, essas profissionais parecem saber agir conjuntamente, discernindo sobre o seu exercício diário e interagindo com as mulheres-mães usuárias dos serviços de saúde.

Hoje, minha posição de profissional de saúde e de enfermagem atuante em serviços do SUS, docente desta universidade, mestranda e pesquisadora me possibilita entender que existe, sim, uma equivalência entre a noção de ser mulher e ser mãe na fala das entrevistadas deste estudo. Parece-me que, com algumas divergências, as concepções de maternidade e de cuidado da criança com menos de um ano ainda baseiam-se em padrões tradicionais. Porém, existe uma certa diversidade que se traduz pelo conflito de papéis que, na atualidade, não remetem mais a posições fixas de homem e de mulher, da classe burguesa, de família nuclear

monogâmica do final do século passado. Entendo que essa possibilidade de a mulher conviver em dois mundos – o privado e o público –, somada aos valores lançados pela sociedade de consumo, que impõe às mulheres-mães uma modernização dos seus costumes e a manutenção de condições dignas de vida para si e para sua família, colocam outras referências, e, portanto, outras concepções do que significa ser mãe e cuidar de filhos.

Infelizmente, as políticas e manuais que estabelecem formas de viver a maternidade e fazem circular as orientações através dos(das) profissionais de saúde ainda não incluíram em seus espaços o lugar das mulheres-mães dos segmentos populares, aquelas que não se adaptam ao modelo estigmatizado de ser mãe proposto por essa política, criado no final do século passado.

O que resta, e vale a pena resgatar, é a forma como os(as) profissionais, por serem comprometidos com sua profissão – a enfermagem –, ainda se propõem a visualizar possibilidades de trabalhar com essa diversidade e adequar as orientações preconizadas à pluralidade de formas de ser mãe e de cuidar da criança com menos de um ano nas múltiplas conformações familiares existentes na comunidade da área de atuação do Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários. Afinal, o mundo recomeça a cada nascimento, carrega o velho e reinventa o novo.

REFERÊNCIAS

AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro; CUNHA, Juarez. Sistema de informações sobre nascidos vivos. **Prá-Saber: informações de interesse à saúde**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 11-26, out. 1998.

_____. *et al.* Sistema de informações sobre mortalidade. **Prá-Saber: informações de interesse à saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 34-48, jul. 2001.

AFONSO, Maria L. M.; FILGUEIRAS, Cristina A. C. Maternidade e vínculo social. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 319 –337, 1998.

ALMEIDA, João Aprigio Guerra de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 119 p.

AQUINO, Estela Maria Leão de. A questão do gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas. *In: SILVA, Alcione Leite da; LAGO, Maria Coelho de Souza; RAMOS, Tania Regina Oliveira (Orgs.). Falas de gênero: teorias, análises, leituras*. Florianópolis: Mulheres, 1999. 350 p. p. 161-172.

ARIÈS, Phillipe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981. 279 p.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. São Paulo: Círculo do Livro, 1980.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, c1977. 226 p.

BATISTA, Luís Eduardo. Alguns aspectos das políticas de saúde da mulher no Brasil: o PAISM: um estudo de caso. *In: SCAVONE, Lucila; BATISTA, Luis Eduardo (Orgs.). Pesquisas de gênero: entre o público e o privado*. Araraquara, SP: Laboratório Editorial, 2000. 242 p. p. 49-67. (Temas, n. 1/2000).

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191 p. (Biblioteca de saúde e sociedade, v. 5).

BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. **Criança miúda: o cotidiano do cuidar no contexto familiar**. 1997. 191 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda da gestante**. Brasília, [199-]. 34 p.

_____. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: aconselhar a mãe ou o acompanhante**. Brasília: OMS/OPAS, 1999. 73 p.

_____. **Medidas vitais: um desafio de comunicação**. Brasília: P & LA, 1993. 89 p.

_____. **Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1990. 60 p.

BREIHL, Jaime. A reprodução social e a investigação em saúde coletiva: construção do pensamento e debate. *In: COSTA, Dina Czeresnia et al. Epidemiologia: teoria e objeto.* São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1990. 220 p. p. 137-165.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha; LOMBARDI, Maria Rosa. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 110, p. 67-104, jul. 2000.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. O fio e a trama: as crianças nas malhas do poder. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 25-44, jan./jun. 2000.

BURMEISTER, Newton. **A necessária releitura da cidade.** Porto Alegre, [200-]. Disponível em: <www.portoalegre.rs.gov.br/planeja/spm2/1.htm> Acesso em 29 jun. 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. *In: MERHRY, Emerson. Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: HUCITEC, 1994. 334 p. p. 29-88. (Saúde em debate, 73).

CARVALHO, Luiza M. S. Santos. A mulher trabalhadora na dinâmica da manutenção e da chefia domiciliar. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 7-33, 1. sem. 1997.

CARVALHO, M. R. **Práticas populares de desmame e atuação dos serviços de saúde: impacto sobre o crescimento infantil.** 1988. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

CASTIEL, Luís David. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 91-100, fev. 1996.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994. 334 p. (Saúde em debate, 73. Série didática, 3).

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: aprofundando o controle social, 3., 11-13 maio 2000, Porto Alegre. **Caderno de resoluções.** Porto Alegre: SMS, 2000. 96 p.

_____. **Caderno de textos.** Porto Alegre, SMS, 2000. 92 p.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **SUS é legal:** legislação federal e estadual do SUS. Porto Alegre: Secretária da Saúde, 2000. 151 p.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar.** 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999. 282 p. (Biblioteca de filosofia e história das ciências, n. 5).

CREPALDI, Maria Aparecida. **Hospitalização na infância:** representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. São Paulo: Cabral, 1999. 273 p.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. Lucas. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP, v. 3, n. 4, p. 105-121, fev. 1999.

DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **Medicina ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 854 p. (Série biomédica).

DYTZ, Jane Lynn Garrison. **O modo de vida da mãe e a saúde infantil**: estudo realizado no Distrito Federal: Brasil. 1998. 296 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1998.

FERREIRA, S. L. A mulher e os serviços públicos de saúde. *In*: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo (Orgs.). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

FONSECA, Cláudia Lee Williams. **Família, fofoca e honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000a. 245 p.

_____. Ser mulher, mãe e pobre. *In*: DEL PRIORE, Mary Lucy Murray (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997. 678 p. p. 510-553.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Saúde pública, saúde coletiva e saúde da mulher: reflexões para a prática generificada em saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 7-16, abr./out. 2000b.

FORNA, Aminatta. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999. 316 p.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no *College de France* pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 4. ed. São Paulo: Loyola, 1996. 79 p. (Leituras filosóficas).

FREIRE, Paulo. **Que fazer**: teoria e prática em educação popular. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1991. 68 p.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Proposições alternativas para o atendimento das necessidades básicas de saúde nos países em desenvolvimento**: NICEF. Porto Alegre: UNICEF, 1980. 188 p.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação mundial da infância**: 1990. Brasília: UNICEF, 1990. 99 p.

GASTALDO, Denise Maria. É a educação em saúde “saudável”? : repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 147-168, jan./jun. 1997.

_____. Ensino integrado: uma revisão histórico-crítica do modelo implantado no ensino superior da área de saúde no Brasil (1964-1978). **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 12, n. 39, p. 246-264, ago. 1991.

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. Aleitamento Materno. *In*: DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 854 p. p. 118-127. (Série biomédica).

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. 80 p.

GONÇALVES, Anelise de Carvalho. **Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno**. 2001. 143 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

GUIMARÃES, Iracema B. Sociabilidade e sobrevivência em populações pobres. *In*: PASSOS, Elizete Silva; ALVES, Ívia Iracema Duarte; MACÊDO, Márcia. **Metamorfoses: gênero na perspectiva interdisciplinar**. Salvador: UFBA, 1998. 284 p. (Bahianas, 3).

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2000. 102 p.

_____. The work of representation. *In*: _____ (Ed.). **Representation: cultural representations and signifying practices**. London: Sage, 1997. 400 p. (Culture, media and identities).

HILGERT, Clara; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro; CUNHA, Juarez. Sistema de informações sobre mortalidade. **Prá-Saber: informações de interesse à saúde**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 29-41, out. 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela – População residente, em valores absolutos e relativos, total em situação urbana na sede municipal, área total e densidade demográfica, segundo Federação e Municípios**. Rio de Janeiro; 2000. Disponível em : <<http://www.ibge.gov.br> > Acesso em 2 jul. 2002.

_____. **Censo demográfico-2000- Tabulação Avançada- Resultados Preliminares da Amostra**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em : <<http://www.ibge.net/home/estatística/população/censo2000/default-tabulação.shtm> > Acesso em 20 jul. 2002.

KHEL, Maria Rita. Ser mulher. **Revista do GEEMPA**, Porto Alegre, n. 4, p. 23-29, jul. 1996.

KNAUTH, Daniela Riva. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 291-301, 2. sem. 1997.

LAVINSKY, Luiz. **Saúde:** informações básicas. 2. ed. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1990. 191 p.

LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; WALDOW, Vera Regina (Orgs.). **Gênero e saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 156 p.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, história e educação: construção e desconstrução. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 101-132, jul./dez. 1995.

_____. **Gênero, sexualidade e educação:** uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997a. 179 p.

_____. Mulheres na sala de aula. *In:* DEL PRIORE, Mary Lucy Murray (Org.) **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 1997b. 678 p. p. 443-481.

LUESKA, Sonia. Alimentação do lactente: desmame. *In:* DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **Medicina Ambulatorial:** condutas clínicas em atenção primária. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 854 p. p. 114-118. (Série biomédica).

MALVEIRA, Elisabete A. P.; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. O cuidado de saúde à crianças: a posição prévia a partir das políticas públicas. **Texto e Contexto:** Enfermagem, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 244-254, maio/ago. 1998.

MAMEDE, Marli Villela; BUENO, Juliana V.; BUENO, Sônia Maria Villela. Percepção da condição de saúde entre mulheres. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 2, p. 95-100, abr./jun. 1993.

MARANHÃO, Damaris Gomes. O processo saúde-doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1143-1148, out./dez., 2000.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatria básica.** 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. 2 v.

MARQUES, Marília B. **Discursos médicos sobre seres frágeis.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2000. 88 p.

MELO, Hildete Pereira de. De criadas a trabalhadoras. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 323-357, 1998.

MERHY, Emerson Elias. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. *In:* _____; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. *In:* LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; WALDOW, Vera Regina (Orgs.). **Gênero e saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 156 p. p.41-51.

_____. A dúvida como postura intelectual: uma abordagem pós-estruturalista de análise dos estudos de gênero na Enfermagem. **Nursing**: edição brasileira, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 27-34, jun. 1998. Disponível em: «www.ufrgs.br/faced/geerge/Duvida.htm». Acesso em: 20 jul. 2002.

_____. As mamas como instituintes da maternidade: uma história do passado. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 117-134, jul./dez. 2000.

_____. **Mulher perfeita tem que ter [mamas e] uma barriguinha**: educação, saúde e produção de identidades maternas. Porto Alegre: FACED/UFRGS, 1999. (Projeto de pesquisa).

_____. Saúde da mulher: indagações sobre a produção do gênero. *In*: **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 113-119, mar./abr. 1999.

_____; WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da Enfermagem contemporânea. Porto Alegre: ARTMED, 1998. 241 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1996. 267 p.

MITJAVILA, Myriam; ECHEVESTE, Laura. Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade. *In*: COSTA, Albertina de Oliveira; AMADO, Tina. **Alternativas escassas**: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: PRODFIR/FCC; Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994. 344 p.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo: possibilidades e limites. *In*: ENGERS, Maria Emília Amaral (Org.). **Paradigmas e metodologias de pesquisa em Educação**: notas para reflexão. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994. 111 p.

MOREIRA, Maria Ignez Costa. **Aspectos psicossociais da gravidez e suas influências na construção de identidade e nas relações de gênero**. 1994. 224 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1994.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Política de atenção à saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 79-86, out. 1992.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal**: práticas de saúde e violência institucional: reflexão teórica. São Paulo: HUCITEC, 1994.

ORLANDI, O. V. **Teoria e prática do amor à criança**: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Mapa dos Serviços de saúde de Porto Alegre**. Disponível em <http://www.portoalegre.rs.gov.br/sms/geral.htm>, acesso em 23/07/02.

PRÁ-SABER: informações de interesse à saúde. Porto Alegre: CEDIS, v. 1, n. 2, jun. 1996. 83 p.

_____. Porto Alegre : CEDIS, v. 4, n. 3, dez. 1999. 105 p.

_____. Porto Alegre : CEDIS, v. 5, n. 2, jul. 2001. 68 p.

PROCIANOY, Renato Soibelman. Atendimento pediátrico da criança no 1º ano de vida. *In: LAVINSKY, Luiz (Org.). Saúde: informações básicas.* Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1988. 191 p. p. 29-31.

RAMOS, Donatela Dourado. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde.** 2001. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RICHARDSON, Roberto Jarry *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p.

ROCHA, Semiramis Melani Melo. **Puericultura e Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1987. 119 p.

RODRIGUES, Lair Guerra de Macedo. Desenvolvimento de programas educativos. **Boletim Epidemiológico**, v. 3, n. 5, 1989.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e saúde.** 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. 527 p.

SARTI, Cynthia Andersen. Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças? *In: OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de et al. Trabalho, saúde e gênero na era da globalização.* Goiânia: AB, 1997. 140 p. p. 51-60.

SCHIRMER, Janine. Trabalho e maternidade: qual o custo para as mulheres? *In: OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de et al. Trabalho, saúde e gênero na era da globalização.* Goiânia: AB, 1997. 140 p. p. 101-113.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica de Joan Scott. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SILVA, Carmen Anselmi Duarte da. Família e Educação: olhares e desafios. *In: LOCH, Graciela Maldonado; YUNES, Maria Angela M. (Orgs.). A família que se pensa e a família que se vive.* Rio Grande: Editora da FURG, 1998. 108 p. p. 55-65.

SOUZA, Cecília de Mello e. Trabalho, reprodução e cidadania: concepções e práticas entre trabalhadoras domésticas. **Revista Antropológica**, Recife, v. 4, n. 9, p. 55-72, 1999.

SOUZA, Jane Felipe de. **Governando mulheres e crianças: jardins de infância em Porto Alegre na primeira metade do século XX.** 2000. 201 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

STAKE, Robert E. **Investigación com estudio de casos**. Madrid: Morata, 1998. 159 p.

TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto-social e inserção da Enfermagem. **Escola Anna Nery**: revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 1, n. lançamento, p. 119-134, jul. 1997.

VAITSMAN, Jeni. Pluralidade de mundos entre mulheres urbanas de baixa renda. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 303-319, 1997.

VALLA, Victor Vincent. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP & A, 2000. 115 p. (O sentido da escola).

_____. ; STOTZ, Eduardo Navarro (Orgs.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. 160 p.

VASCONCELOS, Eymard. Estou cansado de ser alternativo, eu queria ser hegemônico: entrevista. Entrevistadora: Kátia Machado. **Tema**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 12-13, nov./dez. 2001.

VAUGHAN, J. Patrick; MORROW, R. H. **Epidemiologia para municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários**. São Paulo: HUCITEC, 1997. 180 p.

VENÂNCIO, Renato Pinto. Maternidade negada. *In*: DEL PRIORE, Mary Lucy Murray (Org.) **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997. 678 p. p. 189-222.

VÍCTORA, Ceres Gomes *et al.* **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 133 p.

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

WOOLLET, Anne; PHOENIX, Ann. La maternidad como pedagogía: la psicología evolutiva y los relatos de madres de niños pequeños. *In*: LUKE, Carmen. **Feminismos y pedagogías en la vida cotidiana**. Madrid: Morata, 1999. p. 87 –105.

ZABOROWSKI, Esther Lemos. **Da desnutrição em crianças às crianças desnutridas: a dinâmica permanente do provisório**. 1990. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1990.

ZANOLLI, Maria de Lourdes; MERHY, Emerson, Elias. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 977-987, jul./ago. 2001.

APÊNDICES

APENDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA REALIZADA COM AS MULHERES-MÃES

Parte 01

Dados de Identificação:

Ficha da mãe n° ____

Data: ____/____/____

Iniciais do Nome: _____

Endereço: _____

Casa: _____ material: _____ n° de peças: ____ possui teto ____
possui assoalho ____

Distrito: _____ luz ____

saneamento básico: _____ água: dentro de casa ____ fora de casa ____

banheiro: dentro de casa ____ fora de casa ____

Tempo de residência: _____

Naturalidade: _____

Data de nascimento ou idade: _____

Cor: _____

Situação conjugal: _____

Ocupação atual: _____

Você estudou? S () N () Quantos anos: _____ Por que parou?

Parte 2

Foco 1 – Condições Financeiras e rede de apoio

- Você trabalha? Em que? Quem mais trabalha?
- Quantas pessoas moram na casa? Quem cuida da casa?
- Você tem companheiro?
- Como é sua relação com parentes e vizinhos?
- Possui algum auxílio financeiro? De quem?

Foco 2 – Relação com sistema de saúde

- Fez pré-natal? – tipo de parto: Hospitalização? Quanto tempo?
- O que lhe disseram em relação ao cuidado com o recém-nascido no nascimento da criança?
- Até a presente idade, como você cuidou da saúde da criança? Levou a criança ao posto de saúde, após sair do hospital?
- De que forma você cuida da saúde da criança? Participa de algum grupo educativo de Posto de Saúde?
- O que você faz quando seu filho/a adoecer?
- Você procura o pronto atendimento desde que a criança nasceu? Lembra os motivos?
- A criança já esteve internada em sala de observação pediátrica do PACS, ou em outro Hospital? Quantas vezes até o presente momento?

Foco 3 – Experiência com a maternidade e com o cuidado da criança

- Fale de como é ficar grávida para você? Fale da experiência da primeira gravidez?
- De quem você recebeu orientações a respeito de ser mãe e de como cuidar de crianças?
- O que significa para você ser mãe?
- O que mudou na sua vida depois que você se tornou mãe? Você tem os filhos que desejava ter?
- Fale de como você faz para criar e cuidar de seu filho/os/as? Conte-me a rotina de um dia no cuidado com seu filho/^a

**APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES NO AMBULATÓRIO
DE PEDIATRIA DO CSVC NO PROGRAMA PRÁ-NENÊ**

Foco 01: Dados de Identificação

Data: ___/___/___

Iniciais do nome: _____

Tempo de exercício na profissão: _____

Tempo de trabalho no Programa Prá-Nenê: _____

Idade: _____

Situação conjugal: _____

Gestações ou número de filhos: _____

Foco 02: Atuação no Programa de Vigilância à saúde da criança menor de um ano

- Avaliação/ opinião sobre o Programa Prá-Nenê no ambulatório básico do CSVC.
- Orientações usualmente fornecidas à mãe em relação aos cuidados:
 - com o recém-nascido;
 - com a criança no primeiro ano de vida;
 - no adoecimento da criança.
- Atividades educativas realizadas junto às mães.
- Fatores, que em sua opinião, explicam as ocorrências de adoecimento das crianças no primeiro ano de vida.
 - Mecanismos de acompanhamento das condições de saúde da criança no primeiro ano de vida e estratégias adotadas frente às diferentes ocorrências.

Foco 03: Concepções pessoais com a experiência de gestação, maternidade e cuidado com a criança

- O que é ser mãe para você?
- Qual sua experiência profissional na área materno-infantil?
- Relação das condições de saúde das crianças com as concepções de maternidade dos profissionais;
 - Quando trabalha com a mãe, nesse programa, quais orientações a respeito de ser mãe e de como cuidar das crianças você fornece?
 - Relações entre concepções/experiências pessoais de maternidade com aquelas adotadas na prática profissional;

**APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-INFORMADO PARA
AS MULHERES-MÃES PARTICIPANTES**

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pesquisadora: Carmen Lucia Mottin Duro

Telefone para contato: 221-8290 / 316-5424.

A presente pesquisa tem por objetivo conhecer as concepções de cuidado infantil da mãe de crianças de 0 a 1 ano de vida, que está internada em sala de observação do Pronto Atendimento do Centro de Saúde Vila dos Comerciários.

Para isso iremos realizar entrevistas com as mães que optarem por participar deste estudo, garantindo que as informações recebidas serão estritamente utilizadas para este estudo, assim como o anonimato dos entrevistados.

A pesquisa tem como finalidade cumprir a exigência do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os participantes da pesquisa terão todos os esclarecimentos necessários para as dúvidas que poderão surgir durante o desenvolvimento do estudo, assim como terão conhecimento dos resultados obtidos.

Em caso de aceitar o convite, por favor assine a declaração abaixo:

Declaro ter sido informado(a) das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho conhecimento de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que poderei negar-me a continuar participando do estudo em qualquer momento do desenvolvimento deste. Também estou ciente que a entrevista será gravada, sendo que a mesma será utilizada exclusivamente para fins desse estudo.

Carmen Lucia Mottin Duro – Pesquisadora

Assinatura do Participante

Data: _____

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-INFORMADO PARA OS/AS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA DO CSVC, NO PROGRAMA PRÁ-NENÊ

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pesquisadora: Carmen Lucia Mottin Duro

Telefone para contato: 3221-8290 / 3316-5424.

A presente pesquisa tem por objetivo conhecer as concepções de maternidade e cuidado infantil da mãe de crianças de 0 a 1 ano de vida que estiveram internadas em sala de observação do Pronto Atendimento do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC). Essas crianças estão inseridas no Programa de vigilância à criança menor de um ano do município de Porto Alegre: o Prá-Nenê do ambulatório Básico do CSVC.

Para isso iremos realizar entrevistas com os profissionais responsáveis pela operacionalização desse Programa, que optarem participar do estudo, garantindo que as informações recebidas serão estritamente utilizadas para este estudo, assim como o anonimato dos entrevistados.

A pesquisa tem como finalidade cumprir a exigência do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os participantes da pesquisa terão todos os esclarecimentos necessários para as dúvidas que poderão surgir durante o desenvolvimento do estudo, assim como terão conhecimento dos resultados obtidos.

Em caso de aceitar o convite, por favor assine a declaração abaixo:

Declaro ter sido informado(a) das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho conhecimento de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que poderei negar-me a continuar participando do estudo em qualquer momento do desenvolvimento deste. Também estou ciente que a entrevista será gravada, sendo que a mesma será utilizada exclusivamente para fins desse estudo.

Carmen Lucia Mottin Duro – Pesquisadora

Assinatura do Participante

APÊNDICE E
SOLICITAÇÃO E APROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

Porto alegre, 22 de agosto de 2001.

Ilmo. Sr.
Dr. Armando De Negri Filho:
Coordenador da Assessoria de Planejamento de Políticas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Senhor Coordenador:

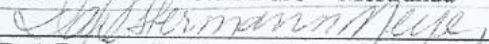
Encaminho para apreciação junto ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, o projeto de pesquisa intitulado *Concepções de Maternidade e de Cuidado Infantil de um Grupo de Mães da Vila Cruzeiro do Sul – Porto Alegre*. O referido projeto é requisito para o desenvolvimento da dissertação de mestrado e foi aprovado conforme recomendações e sugestões da banca examinadora em 08/08/01 quando ocorreu o exame de qualificação do curso de Mestrado em Enfermagem (em anexo).

Os sujeitos serão as mães de crianças com menos de um ano de idade , que internaram em sala de observação pediátrica do PACS, nos meses de junho e julho de 2001, residentes no distrito sanitário 4 e que pertencem à área de atuação do Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes. As chefias dos respectivos serviços, assim como, a Gerente do Distrito Sanitário 4, Enfa. Donatella Ramos, já foram contatados verbalmente sobre a pesquisa.

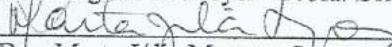
As participantes receberão termo de consentimento, de acordo com o anexo da pesquisa, onde constará instruções e o seu aceite em relação à participação da mesma.



Carmen Lucia Mottin Duro - Mestranda



Dra. Dagmar E. Meyer - Profa. Orientadora

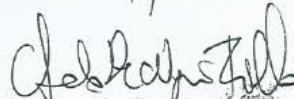


Dra. Marta Júlia Marques Lopes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da UFRGS.

RECEBIDO
em 20/08/01
D. Negri
SM/SA/SR/04

De acordo, pelo Comitê de Ética



Armando De Negri Filho
Coordenador da Assessoria de
Planejamento e Interação
SM/SA/SR/04 05/09/01

ANEXOS

ANEXO A
FICHA DE AVALIAÇÃO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO E
ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA PRA-NENÊ



Prefeitura Municipal de Porto Alegre - PMPA
 Secretaria Municipal da Saúde - SMS
 Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS
 Equipe de Informações
 Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no
 Primeiro Ano de Vida

Pré - Natal
 Sim Não
 Local: Serviço de Saúde _____
 Hospital _____
 Convênio/particular _____

Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento

(devolva esta ficha à Equipe de Informação/CGVS após o 1º atendimento e após a avaliação do 12º mês)

<p style="text-align: center;">1 - Identificação</p> Serviço: _____ DNV _____ Número Substituto (na Falta do nº da DNV) _____ Ficha Família _____ Hospital _____ Data Nascimento ____/____/____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I Nome criança _____ Nome mãe _____ Endereço _____ nº _____ Vila _____ Bairro _____ Área Atuação <input type="checkbox"/> Dentro <input type="checkbox"/> Fora <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">2 - Visitas Domiciliares</p> Foram realizadas VD para o chamamento da 1ª Consulta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data 1ª VD ____/____/____ Data 2ª VD ____/____/____
<p style="text-align: center;">3 - Informações sobre a 1ª consulta</p> <input type="checkbox"/> SIM houve consulta Onde Ocorreu? <input type="checkbox"/> Serviço Saúde, espontânea <input type="checkbox"/> Serviço Saúde, após VD <input type="checkbox"/> I Data: ____/____/____ Domicílio, casos especiais <input type="checkbox"/> NÃO houve consulta. Qual foi a razão? <input type="checkbox"/> óbito <input type="checkbox"/> família não fez contato após 2ª VD <input type="checkbox"/> endereço não localizado <input type="checkbox"/> mudança de endereço <input type="checkbox"/> criança hospitalizada <input type="checkbox"/> família busca outro Serviço <input type="checkbox"/> não é do território <input type="checkbox"/> outra situação	

4 - Caracterização do Risco (marque com X o campo do risco identificado)

Indicadores	ALTO RISCO	Até 2 m	6 m	12 m	BAIXO RISCO	Até 2 m	6 m	12 m
Peso ao Nascer <input type="checkbox"/> < 2500g	< 2500g	6			> 2500g	0		
Duração da Gestação <input type="checkbox"/> < 37 semanas	< 37 semanas	4			> 37 semanas	0		
Alimentação Materna <input type="checkbox"/> Suspensão/Misto	Suspensão/Misto	6			Exclusivo	0		
Gestação Gemelar <input type="checkbox"/> Sim	Sim	2			Não	0		
Hospitalização últimos 2 meses* <input type="checkbox"/> Sim	Sim	2	4	4	Não	0	0	0
Malformação Congênita* <input type="checkbox"/> Sim	Sim	1	1	1	Não	0	0	0
Idade Mãe <input type="checkbox"/> anos	< 15 anos	6	6	6	> 15 anos	0	0	0
	16 e 17 anos	3	3	3				
Escolaridade Materna <input type="checkbox"/> < 1º grau incomp	< 1º grau incomp	2	2	2	> 1º grau comp	0	0	0
Óbito filho < 5 anos <input type="checkbox"/> Sim	Sim	4	4	4	Não	0	0	0
Demais filhos morando junto <input type="checkbox"/> > 3 filhos	> 3 filhos	2	2	2	< 3 filhos	0	0	0
Consultas de Pré-Natal	0 a 2 consultas	2			> 6 consultas	0		
	3 a 5 consultas	1						
Renda per capita <input type="checkbox"/> < 1 salário min.	< 1 salário min.	3	3	3	> 1 salário min.	0	0	0
Problemas familiares e Socioeconômicos: abandono social, mãe com problemas físicos ou de saúde mental, infra-estrutura e outros <input type="checkbox"/> Sim, 1 a 6 pontos	Sim, 1 a 6 pontos				Não	0	0	0
Problemas da Criança: problemas importantes que interferiram no crescimento ou desenvolvimento <input type="checkbox"/> Sim, 1 a 6 pontos	Sim, 1 a 6 pontos				Não	0	0	0
Vacinas <input type="checkbox"/> Em atraso	Em atraso	4	4	4	Em dia	0	0	0
Avaliação do desenvolvimento	Suspeito		3	3	Normal		0	0
	Com problemas		6	6				
Altura/Idade <input type="checkbox"/> < Percentil 10	< Percentil 10		6	6	> Percentil 10		0	0
Peso/Altura <input type="checkbox"/> < Percentil 10	< Percentil 10		6	6	> Percentil 10		0	0
Peso/Idade <input type="checkbox"/> < Percentil 10	< Percentil 10		6	6	> Percentil 10		0	0
Pontos somados	TOTAL				TOTAL	0	0	0

* Pontuação pode ser aumentada utilizando as variáveis com pontos em aberto (Problemas Familiares e da Criança)

Considerar como ALTO RISCO quando o total de pontos somados for maior ou igual a 6

Técnico responsável pelo preenchimento

Até 2º mês _____

6º mês _____

12º mês _____

5 - Aleitamento Materno

Exclusivo até dias ou meses.

Misto até dias ou meses

Não Amamentou Motivo:

3 - Crescimento (Registre mensalmente Peso e Altura)

	Data	Peso	Altura	Altura/ Idade	Peso/ Altura	Peso/ Idade
Ao nascer	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
1 ^o cons. (dias)	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
1 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
2 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
3 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
4 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
5 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
6 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
7 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
8 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
9 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
10 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
11 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____
12 ^o mês	__/__/__	____,____ g	____,____ cm	____	____	____

7 - Desfecho

Considerar acompanhada quando a criança tiver no mínimo 4 consultas no 1^o semestre e 3 consultas no 2^o semestre de vida.

A criança teve o acompanhamento mínimo preconizado?

Sim Não

Se Não, qual foi a razão?

- óbito
- família não fez contato após 2^o VD
- endereço não localizado
- mudança de endereço
- criança hospitalizada
- família busca outro Serviço de Saúde
- número consultas inferior preconizado
- outra situação

Caso tenha ocorrido óbito, informar a data:

__/__/__

Houve VD para buscar a criança faltosa após ter iniciado o acompanhamento?

Sim Não

8 - Observações

Registre aqui problemas que possam interferir no crescimento e desenvolvimento da criança (como doenças transmissíveis, hospitalizações) ou outras situações em relação ao Programa.

ANEXO B
MAPA DOS DISTRITOS SANITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE
PORTO ALEGRE



Mapa dos Postos de Atendimento

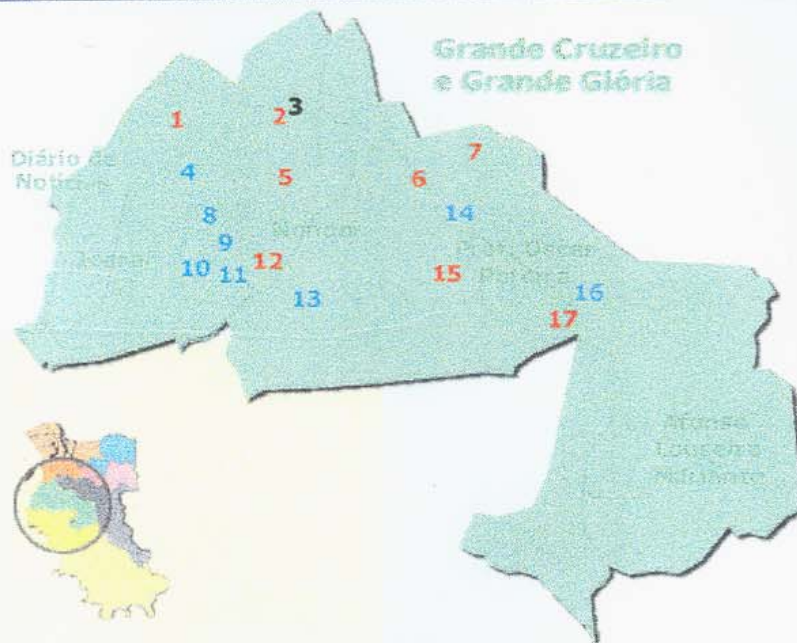
Identifique a região de saúde mais próxima à sua residência e clique para obter os endereços dos postos e centros de saúde.

Postos: [por Bairros / Alfabética](#)

Hospitais: [por Bairros / Alfabética](#)

[Emergências 24 Horas](#)

**ANEXO C LIMITES GEOGRÁFICOS DO DISTRITO SANITÁRIO EIXO
CRUZEIRO/GLÓRIA/CRISTAL**



Mapa geral

PSF - Posto Saúde Família

4. PSF Santa Tereza
Rua Dormenio, 501

9. PSF Orfanotrófio II
Beco Nove, 2 - Vila Orfanotrófio II

10. PSF Mato Grosso
Rua Octávio de Souza, 1818

Cascata

8. PSF Vila Cruzeiro do Sul
Rua Dona Otília, Travessa "B", 160

14. PSF Vila Jardim Cascata
Rua Martins de Carvalho, 109

16. PSF Alto Embratel
Rua Vinte e Dois de Julho, 2351 - Glória

Nonoai

11. PSF Vila Parque Santa Anita

Centro de Saúde

Vila dos Comerciantes

3. Centro de Saúde Vila dos Comerciantes - Ambulatório Básico
R. Prof. Manoel Lobato, 151

U.S. - Unidade de Saúde

Santa Tereza

1. U.S. Vila Gaúcha
Rua Dona Maria, 60 - Morro Santa Teresa

2. U.S. Cruzeiro do Sul
Rua Cruzeiro do Sul, 702

5. U.S. Orfanotrófio I
Rua Orfanotrófio, 413 - fundos

U.S. Tronco
Rua Banco Inglês, 300

Glória

6. U.S. Glória
Av. Prof. Oscar Pereira, 3229

7. U.S. Aparício Borges
Rua São Miguel, 487

17. U.S. 1º de Maio
Av. Prof. Oscar Pereira, 6100

12. U.S. Nonoai
Rua Cachoeira, 345