

CONCEPÇÕES DE MATERNIDADE E DE CUIDADO INFANTIL DE MÃES E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM^a

Carmen Lucia Mottin DURO^b

RESUMO

O artigo desdobra-se de uma pesquisa que teve por objetivo analisar concepções de maternidade e de cuidado infantil presentes em um grupo de mulheres, mães de crianças cadastradas no Programa Pra-Nenê, da Vila Cruzeiro do Sul, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, durante o ano de 2002. Procura analisar, de forma relacionada, concepções de maternidade das mães, dos/as profissionais de enfermagem e aquelas contidas nos documentos oficiais que norteiam o programa. Os resultados apontam para concepções de maternidade e de cuidado infantil conflituosas quando se tomam como referência as concepções vigentes no grupo de mulheres pesquisadas e as que norteiam o texto programático e informam as práticas educativas desenvolvidas pelos/as profissionais.

Descritores: Maternidades. Cuidado da criança. Identidade de gênero.

RESUMEN

El artículo resultade una investigación que tuvo como meta el análisis de concepciones relativas a la maternidad y al cuidado infantil presentes en un grupo de mujeres, madres de niños registrados en el Programa Pra-Nenê (Para-Bebé), del suburbio Vila Cruzeiro do Sul, en la ciudad de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, durante el año 2002. Se busca analizar, de forma relacionada, concepciones de maternidad de las madres, de los profesionales de enfermería y aquellas contenidas en los documentos oficiales que norlean ese programa. Los resultados apuntan a concepciones de maternidad y de cuidado infantil conflictivas, cuando se toma como referencia las concepciones vigentes en el grupo de mujeres investigadas y aquellas que norlean el texto programático e informan las prácticas educativas desarrolladas por los/las profesionales.

Descriptorios: Maternidades. Cuidado del niño. Identidad de género.

Título: Concepciones de maternidad y de cuidado infantil de madres y profesionales de enfermería.

ABSTRACT

This article derived from a research work aiming at analyzing concepts of motherhood and child care in a group of mothers of children participating in Pra-Nenê Program, in Vila Cruzeiro do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, in 2002. It aims at analyzing, the concepts of motherhood expressed by mothers, nurses, and official documents which guide that program, and how these were related to each other. Results show the existence of a conflict between concepts of motherhood and child care of the group of mothers and those present in the program text and in the educational practices developed by nurses.

Descriptors: Hospitals, maternity. Child care. Gender identity.

Title: Concepts of motherhood and child care of mothers and nurses.

^a O artigo é resultado da dissertação de Mestrado em Enfermagem: "Maternidade e cuidado infantil: concepções de um grupo de mães no contexto de um programa de atenção à saúde da criança – Porto Alegre/RS", apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2002, sob orientação da Professora Doutora, Titular da Faculdade de Educação da UFRGS, Dagmar Elisabeth Esterman Meyer.

^b Enfermeira, Mestre, Professora Assistente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da UFRGS.

1 INTRODUÇÃO

Em relação ao cuidado infantil em Saúde Coletiva, algumas inquietações levaram-me a refletir sobre o que significa para a mulher-mãe cuidar de seu/sua filho/a. Foi no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que se consolidou a minha preocupação em relação ao cuidado com a criança, pois, nesse local, o contexto socioeconômico das mulheres é fator de atenção da equipe de enfermagem: na maioria das vezes, as mães têm outras crianças, tendo que dividir o seu tempo (e seu cuidado) com o/a filho/a doente internado em observação e com outros/as que permaneceram em casa. Muitas vezes, a mãe ainda é a responsável pelo sustento da casa, por meio de seu trabalho assalariado no mercado formal ou informal⁽¹⁾.

Nesse contexto, o paradigma biomédico ainda hoje está presente e orienta a concepção do processo saúde-doença dos/as profissionais de saúde, no qual “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 [...], é a culpabilização da vítima”^(2:95). O saber técnico (médico) ganha supremacia nesse modelo, 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.

Entendo que as ações educativas dos sistemas de vigilância à saúde local, dirigidas ao indivíduo, estão diminuindo os índices de mortalidade em crianças com menos de um ano de idade, conforme mostram as estatísticas, e que, portanto, tais ações não podem ser desqualificadas em sua importância. Porém, essas ações educativas abordam questões quanto às orientações dadas às mães sobre o cuidado da criança com menos de um ano que estão construídas e embasadas em normas do saber técnico em relação à saúde da criança. Assim, o investimento que é desenvolvido na diminuição da mortalidade infantil e natalidade é feito através da vigilância dos corpos, que devem ser saudáveis, produzindo diferentes formas de normatização da saúde e de regulação da vida dos indivíduos⁽³⁾.

Assim, é importante problematizar 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. O que parece ocorrer, nas práticas de saúde coletiva, 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/as técnicos/as 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 os conteúdos a serem veiculados requerem uma retórica que atue para acomodar fatos e métodos científicos às deficientes experiências e capacidades cognitivas do público”^(4:94).

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 Integral à Saúde da 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⁽⁵⁾. As ações de educação em saúde desenvolvidas para a promoção da 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”^(6:152). Essas ações estão contidas em manuais que procuram padronizar condutas para capacitar os recursos humanos da rede pública de saúde. São as ações educativas, desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde, que definem o que deve ser considerado saudável ou não no comportamento das pessoas.

Assim, 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 normatizado à criança menor de um ano. A educação em saúde pode estabelecer regras de

exercício da maternidade que são transmitidas às mulheres da comunidade, 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.

É importante ressaltar que utilizei um referencial teórico que trabalha com a impossibilidade da existir verdades e/ou de essências universais e transcendentais, mas, ao contrário, aponta a pluralidade, a contingência, a instabilidade, a diferença e desigualdade como elementos centrais na produção de culturas e de identidades sociais⁽⁷⁾.

Nesse referencial, o conceito de gênero, enquanto categoria de análise, rejeita uma perspectiva essencialista, sendo eminentemente relacional. Esse conceito, que traz como marca a construção social dos modos de tornar-se homem-pai e tornar-se mulher-mãe em cada meio social, possibilitou-me entender as diversas formas de construção das concepções de maternidade e de cuidado infantil no grupo de mulheres-mães estudado⁽⁷⁾.

Com base nestas breves considerações, torna-se importante indicar a questão que norteou este estudo: verificar quais são os conceitos de mãe e os lugares das mulheres no cuidado com a criança até um ano de idade de um grupo de mulheres-mães e da equipe de enfermagem do ambulatório básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC), na Vila Cruzeiro do Sul, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, produzidos pelos Programas Oficiais de Vigilância (Pra-Nenê) e Atenção Integral à Criança (PAISC).

2 METODOLOGIA

Para discutir as concepções de maternidade e de cuidado infantil das mães e dos profissionais de saúde, assim como dos Programas Oficiais de Atenção à Saúde da Criança do município de Porto Alegre, utilizei como método a abordagem qualitativa de pesquisa, pois o processo em estudo está imbricado em visões amplas e divergentes das mulheres-mães e das profissionais que participam da pesquisa.

A sociedade é constituída de microprocessos que configuram estruturas maciças; assim, a realidade social “não é um todo unitário, mas uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente em temporalidades diferencia-

das”^(8:34). A partir dessa premissa, a seleção dos sujeitos foi 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; respectivamente, na região distrital eixo Cruzeiro/Glória/Cristal da cidade de Porto Alegre;
- b) a internação de seu/sua filho/a na sala de observação pediátrica (SOP) do PACS ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2001;
- c) a criança tinha idade de zero a um ano (onze meses e 29 dias) na internação e estava inscrita no Programa Pra-Nenê do ambulatório básico de pediatria no CSVC, sendo para lá referenciada para revisão pós-alta da SOP do PACS.

Utilizei entrevistas semi-estruturadas com dezesseis mães e três profissionais de enfermagem (duas auxiliares de enfermagem e uma enfermeira) que desenvolviam o Programa Pra-Nenê do ambulatório básico do CSVC de Porto Alegre. As entrevistas foram realizadas após aceite em termo de consentimento informado, de acordo com a resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾. Por motivos éticos, os nomes das informantes, tanto das mulheres-mães quanto das profissionais, foram substituídos por nomes fictícios para preservar sua privacidade. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde em 22.08.01 e aprovado em 05.09.01.

Foram utilizados como fontes de estudo, os documentos que permitiram inter-relacionar o objeto em estudo com o contexto social, político e histórico, especificamente, aqueles que definem as diretrizes do cuidado em relação à gestação, ao parto e à criança com menos de um ano, no município de Porto Alegre: Programa da Atenção Integral à Criança do Ministério da Saúde (PAISC) – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – Aconselhar a Mãe e Acompanhante⁽¹⁰⁾; Programa de Vigilância e Atenção Integral à Saúde das Crianças menores de um ano em Porto Alegre – Pra-Nenê⁽¹¹⁾; Agenda da Gestante⁽¹²⁾.

Para mapear os propósitos desta pesquisa, utilizei a análise de conteúdo⁽¹³⁾, que foi desenvolvida para a construção dos temas centrais deste estudo, que contemplaram as concepções de mater-

nidade e de cuidado infantil das mulheres-mães, das profissionais de saúde que operacionalizam tais programas na Vila Cruzeiro do Sul, de Porto Alegre, e as contidas nos documentos oficiais dos programas de atenção à saúde infantil. Os temas centrais foram:

- a) os conceitos de mãe e os lugares das mulheres no cuidado com a criança;
- b) os conceitos de pai e os lugares dos homens no cuidado com a criança;
- c) onde e como as mulheres aprendem a ser mães de um determinado tipo.

Neste artigo, tratarei especificamente do primeiro tema, ou seja, dos conceitos de mãe e dos lugares das mulheres no cuidado com a criança, na perspectiva das mulheres-mães, das profissionais de enfermagem e dos documentos analisados.

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

No presente estudo, foi possível identificar algumas concepções que, homogeneamente, se apresentaram em várias falas das mulheres-mães entrevistadas. Emergiram concepções tradicionais de mulher, definindo-a como responsável pela reprodução, pelo cuidado com as crianças e a casa, em consonância com a concepção de maternidade produzida no final do século XIX. Nessa perspectiva, a mãe perfeita é aquela completamente devotada aos/às filhos/as e ao seu papel de mãe. Deve ser a mãe que compreende os/as filhos/as e se entrega totalmente a eles/as, sendo capaz de enormes sacrifícios⁽¹⁴⁾.

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

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).

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

Nos dias atuais, as mulheres ainda não se descolaram dessa atitude e imagem idealizadas de

mãe, apesar das alterações da vida moderna e da inserção da mulher no mercado de trabalho (formal ou informal). Essa é a maternidade que as mulheres tentam exercer quando se tornam mães. 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⁽¹⁵⁾.

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, vinham eles. Não ia deixar eles abandonados nesse meio tempo para trabalhar (Márcia).

É desse modo que a sociedade oficializa para seus membros os comportamentos e formas de ser e de se relacionar, inscrevendo, nos corpos, os gêneros – feminino ou masculino –, no contexto de uma determinada cultura e 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”^(15:28).

É nesse aspecto 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”^(14:32). Também as mulheres-mães entrevistadas definem a maternidade como sendo **tudo na sua vida**:

Meus filhos são tudo pra mim (Márcia).

Antes de ser mãe, eu já queria ser [...] tinha isso na minha mente (Margarida).

A maternidade aparece como um projeto que deve ser executado precocemente, ratificado em estudo de empregadas domésticas, onde a totalidade das mulheres realizou o projeto de ter filho/a antes de completar vinte anos⁽¹⁶⁾. Também essa concepção pode ser verificada nas mulheres entrevistadas:

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).

As mulheres também se orgulham da maternidade e, a cada novo companheiro, têm um/a filho/a como prêmio dado a esse homem⁽¹⁷⁾. O orgulho da mulher depende do reconhecimento de suas capacidades de mãe e de dona de casa, 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”^(17:32). O casamento e a maternidade são elementos importantes das concepções de gênero nas camadas populares – “a imagem pública [...] da mulher gira quase exclusivamente em torno de suas tarefas domésticas na divisão do trabalho: ela deve ser uma mãe devotada e uma dona-de-casa eficiente”^(17:31). A maioria das entrevistadas deste estudo também apontou o ser mãe como algo natural:

Eu acho que eu sou uma boa mãe. Eu acho que 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).

Ênfase que a dimensão de **natural** que a maternidade assumiu na vida da mulher decorre de condições sociais, culturais, históricas e econômicas no desenvolvimento da sociedade nos últimos dois séculos. O conteúdo da concepção de boa mãe enunciado pelas mulheres-mães entrevistadas guarda muitas similaridades em relação às concepções que atravessam e constituem o senso comum de maternidade, entendido como a mãe capaz de cuidar corretamente dos/as filhos/as e 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⁽¹⁴⁾.

Para mim, ser boa mãe é estar sempre ali com os filhos. Não interessa de que jeito, de que maneira, mas tu não abandona eles (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, 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 provisoriedade conjugais das mulheres-mães, principalmente nos segmentos populares. Nessa perspectiva, o **lugar** que a sociedade condicionou para a mulher segue sendo o da maternidade.

Ao mesmo tempo, é possível encontrar rapidamente, nas fontes documentais examinadas, elementos que tratam a maternidade como algo vivido indistintamente por todas as mulheres. O texto extraído de um dos documentos analisados, o Programa Pra-Nenê, descreve algumas referências às condições sociais e culturais que seriam homogêneas nos grupos de mulheres das camadas populares, como segue:

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 casas 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. As que não trabalham fora passam o dia tentando administrar a escassez e cuidar dos filhos. Os homens costumam gastar, proporcionalmente, mais com seu próprio bem-estar^(11:46).

De certo modo, as descrições acima buscam caracterizar homoganeamente as formas pelas quais esses homens e essas mulheres vivem o seu cotidiano naquele contexto social. Assim, ao mesmo tempo em que incorporam transformações e especificidades, esses programas man-

têm alguns dos papéis sexuais e de gênero já definidos como produtos do século XIX: o marido, símbolo da autoridade, deve prover o sustento da família pelo trabalho realizado fora do lar, e a esposa, considerada menos racional e menos capaz, preocupando-se com o lar, a casa e os/as filhos/as. É o que se pode constatar também no módulo 5 do Programa de Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância do Ministério da Saúde, Aconselhar a mãe e acompanhante⁽¹⁰⁾, no qual se percebe a secundarização (talvez omissão) do papel do pai na criação dos/as filhos/as, ao passo que a responsabilidade da mulher-mãe nessa tarefa parece estar absolutamente incorporada em termos de sociedade.

Essa responsabilidade aparece na avaliação do grau de risco do recém-nascido do Programa Pra-Nenê, implantado, em 1992 em Porto Alegre, que tem origem no Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), com coordenação da Secretaria Municipal de Saúde. 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, presença de aleitamento materno, número de consultas de pré-natal e endereço da criança, elabora-se a caracterização do perfil de risco dessa criança. A pontuação associada a cada um desses indicadores de risco já citados reflete a maior ou menor gravidade da situação da criança (grau de risco). Quando a soma total dos pontos for igual ou superior a seis, a criança será considerada de alto risco⁽¹¹⁾.

A profissional de saúde entrevistada questiona a efetividade dessa forma de pontuação, uma vez que as possibilidades de nela interferir acabam sendo bastante limitadas no contexto da prática assistencial e educativa:

Amamentação, que são coisas que valem muitos pontos, a vacina em dia, hospitalização, aspecto psicológico da própria criança e da família. Então, tu dás uma nota seis, que é uma nota ruim, mas por que ela recebeu essa nota? Ah, porque o pai bebe, porque a mãe trabalha fora, moram três 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 socioeconômicos que essa mulher enfrenta para o cuidado de seus/suas filhos/as. Sob esse enfoque,

não é raro que as mães desempenhem um papel de retaguarda nas ações sociais, ficando como uma espécie de ator oculto, não mencionado exatamente por que seu lugar é visto como natural, exceto quando está ausente ou não cumpre bem o seu papel^(18:321).

Nesse sentido, a concepção de mulher-mãe enquanto mantenedora da saúde das crianças está implícita de forma central nas intervenções assistenciais e educativas, e pressupõe-se que a mãe esteja sempre em casa para assumir o cuidado da criança.

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. Na fonte documental examinada, o manual “Aconselhar a mãe e acompanhante” diz: “deve-se evitar o uso de mamadeira. Geralmente não estão limpas adequadamente, e germes nocivos proliferam facilmente nelas”^(10:22).

As políticas a favor da amamentação ressurtem 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⁽¹⁹⁾. 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).

Constata-se que os documentos aqui apresentados, assim como as falas das mulheres operam com o pressuposto de que ser uma boa mãe é amamentar, algo entendido como a base de sustentação da maternidade.

A introdução do aleitamento artificial (mameira), 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 falas a culpa que essas mães carregam por não terem amamentado:

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 mameira (Maristela).

A questão da amamentação também é citada pelas mulheres portadoras do vírus *HIV*; no entanto, apesar de não poderem amamentar, elas não associam essa incapacidade com a concepção de mãe má. Em relação à identidade de mulheres portadoras de *AIDS*, esta se torna um elemento identificador na medida em que as restrições que impõe provocam reações similares nas pessoas envolvidas⁽²⁰⁾. “É assim, por exemplo, que as mulheres são unânimes em reconhecer que a interdição de amamentar acarreta consequências não apenas no que se refere à saúde do bebê, mas coloca em questão o próprio status social”^(20:298). No caso das mulheres-mães entrevistadas, também percebe-se a presença desse elemento identificador:

Eu ficava meio triste. Eu via todo mundo amamentando [...] eu vou ter que ir lá no fogão fazer uma mameira. Mas depois que eu peguei a prática, só dava eu no fogão fazendo mameira (Michele).

Ao mesmo tempo em que o *status* de mãe se encontra ameaçado pela confirmação da soro positividade da criança, esse fato é atribuído à vontade divina; entretanto, se a criança vem a negatar, é aos pais, em especial à mãe, que se confere o mérito desse fenômeno, ou seja, aos cuidados que dispensou àquela criança⁽²⁰⁾. Pode-se exemplificar com o caso de Marli, que relata:

Um das duas semanas pra ganhar ele, quando eu fiquei sabendo do resultado. Então tomei dois remédios assim, o AZT e o DDI. Quando eu fui ganhar ele também tomei o AZT no parto, depois que eu ganhei ele, também tomei. E ele também tomou duran-

te os 45 dias, fez os exames com dois meses e depois com seis meses ele fez também. Deu negativo (Marli).

Percebi nas mulheres-mães entrevistadas portadoras do vírus *HIV* que a concepção de boa mãe não difere das que não são portadoras do vírus da *AIDS*. A concepção de maternidade dessas mulheres decorre muito mais de um papel social, das especificidades de sua condição de mulher, esposa e mãe do que da identidade de um mundo **não-natural**, no sentido de não-cotidiano – a hospitalização –, com as restrições impostas à reprodução (uso de preservativos, interdição de amamentar, risco de contaminação do feto).

Em relação à violência, as entrevistadas afirmam que ser uma boa mãe é manter as condições de sobrevivência aos/às filhos/as e, de alguma maneira, não tolerar 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).

Assim, para as 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. Sabe-se que a cultura é arbitrária na medida em que cada grupo social pode atribuir um significado diferente para um mesmo fato⁽⁸⁾. 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. Na opinião das entrevistadas, as concepções de maldade são permeadas pela materialização da violência física, ou permissão desta, contra as crianças, confirmando, assim, resultados obtidos em outros estudos⁽¹⁷⁾.

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 (Marilene).

A violência de vários tipos está presente no cotidiano dessa comunidade, como o tráfico de drogas. Porém, as estratégias que as mulheres uti-

lizam para conviver com isso são diferenciadas. Essas estratégias podem estar relacionadas à condição em que se encontram (presença de apoio familiar) e à condição econômica. Nas 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”^(17:37). Por isso, a concepção de boa mãe, para algumas das entrevistadas, passa por ensinar aos filhos e filhas a realidade da coletividade onde vivem.

[...] Dizer que tem mãe que tampa muito, algum problema tem. 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 profissional de saúde refere-se a questões como essa quando questiona os modelos de orientação em saúde das políticas oficiais como anteparo de seu trabalho. Percebo que a 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 têm 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, são duas linguagens diferentes entre técnico e a realidade deles, que é bem diferente (Profissional I).

As profissionais entrevistadas demonstraram divergências em relação à adequação do conhecimento científico aos dados da realidade, incluindo a violência, em que vivem essas mulheres.

As ações de 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”^(7:115-6). Nesse sentido, as profissionais de enfermagem entendem a boa mãe como aquela mulher que observa sinais e sintomas que podem indicar a presença ou não de doenças nas crianças. Além disso, entre as profissionais de enfermagem, existem questionamentos quanto às estratégias utilizadas no processo de adoecimento da criança:

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).

Parece-me que, com algumas divergências, as concepções de maternidade e de cuidado da criança com menos de um ano ainda se baseiam em padrões tradicionais. Porém, existe uma certa diversidade, traduzida 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, entre as referências apresentadas para a mulher na atualidade, está a possibilidade de ela 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. Essas referências, aliadas a outros fatores (culturais, sociais e econômicos), podem possibilitar a construção de distintas concepções do que significa ser mãe e cuidar de filhos/as, no sentido de atender às novas necessidades das mulheres-mães entrevistadas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise das falas das mulheres-mães deste estudo, compreendi que se trata de situações de vida diferentes e pude constatar o quanto individual pode ser o exercício da maternidade e do cuidado infantil para as diferentes mulheres-mães, sendo esse exercício produzido conforme o meio social e cultural em que elas vivem.

Em relação à divisão das tarefas no cuidado com o/a filho/a, neste estudo, os papéis de gênero se confirmam: a mulher é colocada como a responsável pela criança e pelo espaço doméstico; o homem, como provedor ausente desse espaço (quando não ausente por completo do convívio familiar), está inserido no mundo do trabalho, seja ele formal ou informal. Compreendi que há concessões, nos papéis de homens e mulheres, produzidas pelas alterações sociais e culturais da coletividade, resultando de diferentes políticas sociais e econômicas. Isso traz 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.

Os manuais analisados tratam da maternidade como se fosse uma situação isolada da mulher-mãe, como se ela não tivesse outros/as filhos/as para cuidar enquanto é responsável pela subsistência de toda a família, fato geralmente somado à precariedade de infra-estrutura em que vive. 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.

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. Essa concepção já foi incorporada pelas mulheres-mães entrevistadas, mas o não-aleitamento de seus/suas filhos/as vem sempre acompanhado de um sentimento de culpa por não ter amamentado.

Para as mães soropositivas, a concepção de boa mãe gira em torno do cuidado da saúde da criança, principalmente no controle da possibilidade de a criança tornar-se não-reagente para o vírus *HIV*: a confirmação da ausência do vírus

no organismo da criança atesta a mulher como boa mãe.

Nas ações educativas desenvolvidas pelas profissionais de enfermagem entrevistadas, no acompanhamento do primeiro ano de vida da criança, existe uma transitoriedade entre as ações clássicas típicas do modelo biomédico e as ações de modelo de educação em saúde, pautadas pela busca da conscientização e participação das usuárias na transformação das condições de vida.

Finalizando, é importante salientar que a análise realizada, mesmo tendo utilizado parcialmente a categoria gênero, possibilitou a apresentação das necessidades de cada mulher-mãe a partir de sua situação de vida e de suas relações sociais. Os encontros e desencontros com iguais e diferentes consistiram nos elementos e subsídios para a construção e o processamento da multiplicidade de concepções do que significa para essas mulheres ser mãe e cuidar do/a filho/a.

REFERÊNCIAS

- 1 Duro CLM. Maternidade e cuidado infantil: concepções de um grupo de mães no contexto de um programa de atenção à saúde da criança – Porto Alegre/RS [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002. 161 f.
- 2 Valla VV, Stotz EN. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.
- 3 Bujes MIE. O fio e a trama: as crianças nas malhas do poder. *Educação e Realidade* 2000;25(1):25-44.
- 4 Castiel LD. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública* 1996;30(1):91-100.
- 5 Ministério da Saúde (BR), Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: manual de acompanhamento e avaliação: módulo 9. Brasília (DF); 1999.
- 6 Gastaldo DM. É a educação em saúde “saudável”? repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. *Educação e Realidade* 1997;22(1):147-68.

- 7 Meyer DEE. Saúde da mulher: indagações sobre a produção do gênero. O Mundo da Saúde 1999;23(2): 113-9.
- 8 VÍCTORA CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo; 2000.
- 9 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 10 Ministério da Saúde (BR), Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: aconselhar a mãe ou o acompanhante: módulo 5. Brasília (DF); 1999.
- 11 Aerts D, Souza MIR, Livi KL. Pra-Crescer: Programa de Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes: Pré-Nenê: Programa de Vigilância da saúde das crianças no primeiro ano de vida. Pra-Saber: informações de interesse à saúde, 2001;5(2): 7-68.
- 12 Ministério da Saúde (BR). Agenda da gestante. Brasília (DF); 1997.
- 13 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 2000.
- 14 Forna A. Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro; 1999.
- 15 Louro GL. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes; 1997.
- 16 Souza CM. Trabalho, reprodução e cidadania: concepções e práticas entre trabalhadoras domésticas. Revista Antropológica 1999;4(9):55-72.
- 17 Fonseca CLW. Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. Porto Alegre: UFRGS; 2000.
- 18 Afonso MLM, Filgueiras CAC. Maternidade e vínculo social. Revista Estudos Feministas 1998;6(2):319-37.
- 19 Meyer DEE. As mamas como instituintes da maternidade: uma história do passado. Educação e Realidade 2000;25(2):117-34.
- 20 Knauth DR. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. Revista Estudos Feministas 1997;5(2):291-301.

Endereço da autora/Author's address:
Carmen Lucia Mottin Duro
Rua São Manoel, 963
90.620-110, Porto Alegre, RS.
E-mail: carduro@gmail.com

Recebido em: 31/08/2005
Aprovado em: 21/03/2006