



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social

Paula Gonçalves Rezende

**Atenção à saúde de crianças na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do
Hospital Regional de Ceilândia – DF: representações sobre maternidade e
cuidado e o desafio de promover a equidade de gênero.**

Brasília (DF), dezembro de 2009

Paula Gonçalves Rezende

Atenção à saúde de crianças na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional de Ceilândia – DF: representações sobre maternidade e cuidado e o desafio de promover a equidade de gênero.

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social na Universidade de Brasília para obtenção do diploma de graduação em Serviço Social, sob orientação da Prof.^a Marlene Teixeira Rodrigues.

Brasília (DF), dezembro de 2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

Paula Gonçalves Rezende

Atenção à saúde de crianças na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional de Ceilândia – DF: representações sobre maternidade e cuidado e o desafio de promover a equidade de gênero.

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social na Universidade de Brasília para obtenção do diploma de graduação em Serviço Social, sob orientação da Prof.^a Marlene Teixeira Rodrigues.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Doutora Marlene Teixeira Rodrigues (orientadora) – Universidade de Brasília – Instituto de Humanas – Departamento de Serviço Social

Prof.^a Mestre Lucélia Luiz Pereira – Universidade de Brasília – Instituto de Humanas – Departamento de Serviço Social

Vanessa de Sousa Nascimento – Assistente Social formada pela Universidade de Brasília – Pesquisadora do GENPOSS/PPGPS/SER/UnB

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à minha querida mãe, por sempre ver o melhor de mim, não deixando, em momento algum, de acreditar no meu potencial. Todas as minhas conquistas refletem os seus inúmeros esforços e a longa caminhada que só nós sabemos como foi percorrida. A você, mamãe, o meu muito obrigada!

Aos meus irmãos Izelman e Paloma, por sempre acreditarem na minha caminhada. Obrigada pelo carinho, pelo amor e pelo companheirismo. Obrigada por estarem comigo nos momentos difíceis e por fazerem a minha vida mais feliz a cada momento. Vocês me orgulham todos os dias!

À minha família e às minhas tias Marizelma e Maristela, pelo estímulo e constante apoio durante toda a minha graduação e às minhas primas Natasha e Luísa pelos momentos de alegria e cumplicidade.

Às minhas amigas de curso, pelas trocas de forças, de conhecimento e principalmente de afeto realizadas em toda a graduação.

Aos meus queridos amigos, que me proporcionaram inúmeras alegrias e afagos.

À minha querida amiga Quezia, por todos os momentos, experiências e vivências compartilhadas. Obrigada pela leitura atenta, pelas reflexões críticas, pelo incentivo diário e pela cumplicidade. Esta monografia de fato é também fruto dos seus esforços.

À Professora Doutora Marlene Teixeira Rodrigues, por todas as reflexões e elucidações feitas para a construção do presente trabalho.

E por fim, o meu agradecimento maior. Agradeço a Deus pela oportunidade de poder compartilhar minha vida com pessoas que me acrescentam e que me fazem crer na vida e no amor.

Dedico esta monografia com todo amor a meus pais, Veralúcia e Marivaldo; aos meus queridos irmãos Paloma e Izelman e a meus avós maternos (in memoriam) Maria e Izelman por todos os ensinamentos de uma vida.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Descrição	14
1.2 Técnica de levantamento de dados.....	14
1.3 Seleção dos sujeitos de pesquisa	15
1.4 Análise de dados	16
1.5 Procedimentos Éticos.....	17
CAPÍTULO II - MATERNIDADE E FAMÍLIA: REFLEXÕES A PARTIR DOS ESTUDOS DE GÊNERO	18
2.1 A trajetória do feminismo	19
2.2 A emergência dos estudos de gênero	23
2.3 A construção da maternidade	27
2.4 Família e relações sociais de gênero.....	32
CAPÍTULO III - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER	37
3.1 Contextualização do debate sobre o cuidado.....	37
3.2 A centralidade da assistência materna na atenção e cuidado de crianças.....	39
3.3 A saúde da mulher no contexto da política social brasileira	42
3.4 Direitos reprodutivos.....	45
CAPÍTULO IV - A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA	48
4.1 Normas da enfermagem Mãe Nutriz: Uma Questão de Gênero?	48
4.2 O Método Canguru e as percepções de gênero	51
4.3 Representações sobre maternidade e paternidade na atenção à saúde de crianças na Unidade Neonatal do HRC.....	53
4.4 A maternidade e o cuidado.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICE A	70

APÊNDICE B.....	72
ANEXO I.....	74
ANEXO II	76
ANEXO III	78

RESUMO

A presente pesquisa buscou analisar as representações de gênero relacionadas à maternidade e ao cuidado que orientam a atenção à saúde das crianças na Unidade de Terapia Intensiva-UTI Neonatal no Hospital Regional de Ceilândia, tendo em vista a promoção da equidade de gênero. A hipótese trabalhada foi a de que a atenção à saúde das crianças na UTI Neonatal seria orientada por representações sociais de gênero que colocavam as mulheres como responsáveis por prover o cuidado de seus filhos, sendo o cuidado uma atividade considerada como atribuição do feminino. Procurou-se então conhecer as representações de gênero para que a análise teórica a respeito das construções relacionadas à maternidade e ao cuidado fosse realizada. O estudo consistiu em uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório e analítico utilizando-se, para tanto, da entrevista semi-estruturada como recurso de instrumental de pesquisa. Durante a pesquisa de campo, realizada nos meses de Agosto a Outubro de 2009, foram realizadas cinco entrevistas com os profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, foi feita também uma análise das normas referentes à Sala da Mãe Nutriz bem como uma análise de uma das medidas de humanização do atendimento neonatal adotadas pelo hospital – o Método Canguru. A análise do material coletado em campo foi feita por meio da técnica de análise do discurso. Identificou-se nas falas analisadas que as representações sociais de gênero dos profissionais de saúde refletem a posição da mulher cuidadora embora sejam representações até mesmo inconscientes que estão presentes no imaginário e nas construções de cada sujeito. Outro aspecto evidenciado relaciona-se aos esforços dos profissionais da saúde em diminuir a pressão sofrida pelas mulheres neste período de internação dos filhos o que pode contribuir para que as representações de gênero possam vir a ser debatidas e discutidas no âmbito hospitalar. Assim, o campo da saúde configura-se como um espaço propício para trabalhar questões referentes ao gênero, possibilitando debates e reflexões que podem contribuir para a sua equidade.

Palavras chave: Saúde da criança; representações de gênero; maternidade; cuidado.

APRESENTAÇÃO

A questão que constitui objeto desse trabalho surge a partir das observações feitas durante a realização do estágio supervisionado em Serviço Social, realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Hospital Regional de Ceilândia - HRC, entre os meses de fevereiro e dezembro de 2008. Durante este período foi possível observar as relações entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema de saúde. A observação realizada teve como foco a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal cujos objetivos são os cuidados com a criança neonata, envolvendo nesse processo o alojamento das mulheres em uma enfermaria para acompanharem seus filhos e filhas.

Dentre as diversas demandas recebidas pelo Serviço Social da UTI Neonatal, algumas delas são associadas a problemas relacionados ao estresse e ansiedade das mulheres no âmbito hospitalar. O motivo do estresse e ansiedade muitas vezes é identificado ao tempo de permanência no ambiente hospitalar, e também as preocupações com sua ausência no lar, preocupações com seus empregos e com seus filhos e filhas internos no hospital. Esses fatores ocasionam uma carga de responsabilidade nas mulheres que está ligada diretamente às representações estabelecidas sobre a maternidade, o cuidado e consequentemente às representações de gênero dos sujeitos envolvidos (GUIMARÃES, 2008).

A atenção à saúde das crianças na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal envolve não somente a equipe de profissionais, a família, em especial a mulher exercem funções de grande relevância no processo de internação dos recém nascidos. A família, como trabalhado por Carvalho (1998), traz consigo cargas e expectativas em relação aos cuidados e à proteção de seus membros, sendo esta proteção também uma das responsáveis pela qualidade de vida de seus membros. A mulher, nesse contexto, encontra-se em uma posição de mãe, e cuidadora; cuida da família, dos filhos e amigos enquanto o homem busca o sustento da família exercendo trabalhos de maior visibilidade social (TRONTO, 1997).

De acordo com Moscovici (1978), as representações sociais são construções elaboradas e reelaboradas pelos indivíduos em sociedade a partir de seus conceitos e opiniões sobre determinado fato ou objeto social. Portanto, a presente pesquisa tem como objetivo suscitar o debate teórico analítico sobre as representações sociais sobre a maternidade e o cuidado dos profissionais da saúde, que atuam na UTI Neonatal, na

perspectiva do Serviço Social. Esta abordagem configura-se como uma atribuição importante para a ampliação do olhar desses profissionais no sentido de problematizar as construções e representações sociais hegemônicas, que frequentemente, se materializam nas práticas profissionais, fomentando e fortalecendo iniciativas de promoção da equidade de gênero (BANDEIRA, 2005; LOPES, 1996).

A materialização dessas representações nas práticas profissionais pode ser percebida também na forma do atendimento das profissionais às mulheres que se encontram alojada, na enfermaria conhecida como Enfermaria da Mãe Nutriz para acompanhar as crianças.

INTRODUÇÃO

Neste estudo trabalharemos com as representações sociais de gênero sobre maternidade e cuidado por serem duas categorias muito presentes no âmbito hospitalar e que impactam diretamente as práticas profissionais, no que se refere às desigualdades sociais entre mulheres e homens. Para trabalhar com essas categorias é necessário então que haja uma reflexão anterior sobre a forma com que se relacionam e de como estão ligadas às representações de gênero de maneira indissolúvel. Scavone (2001) nos lembra que a maternidade é um fenômeno de nossa sociedade moderna e que vêm durante os séculos se estruturando e se consolidando. Ao trabalhar com a maternidade, em seu sentido conceitual, devemos pensá-la de acordo com os inúmeros processos sociais aos quais ela foi submetida, fazendo uma reflexão sobre como ela é representada socialmente no decorrer da história.

Paralelamente à discussão de maternidade está a discussão sobre o cuidado e a forma com que é concebido. O cuidado é considerado uma prática muito antiga, que envolve não somente as pessoas que cuidam e as pessoas que recebem os cuidados (TERRA et al., 2006), ele envolve também uma série de fatores sociais e econômicos que serão abordados posteriormente neste trabalho. A categoria cuidado toma uma dimensão de grande relevância na presente monografia pelo fato de que quando se trabalha com as representações sobre maternidade, o cuidado recai na figura da mulher tanto dentro como fora da família (LETABLIER, 2007).

Será feita no decorrer deste trabalho uma reflexão teórica das representações de maternidade e de cuidado dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Hospital Regional de Ceilândia - HRC, tendo como objetivo trabalhar com a hipótese de que a atenção à saúde das crianças na UTI Neonatal é orientada por representações sociais de gênero que colocam as mulheres como responsáveis por prover o cuidado de seus filhos, sendo o cuidado uma atividade considerada como atribuição do feminino (LETABLIER, 2007).

Compreender a abordagem das representações sociais sobre maternidade e cuidado na atenção à saúde da criança requer pensar e entender a realidade social na perspectiva do gênero (SCOTT, 1995), que oferece um aporte para desvendar as diversas formas e significados de relações entre os indivíduos construídas socialmente (SCOTT, 1995). De acordo com Scott (1995) o gênero é um caminho profícuo para

entender as relações de poder estabelecidas em nossa sociedade, dessa forma trabalhar com as representações sociais sobre o cuidado e a maternidade pode contribuir para que muitas das concepções socialmente construídas de maternidade e cuidado possam ser problematizadas e reconstruídas. Para isso, devemos analisar as categorias como maternidade, gênero e cuidado, dentro de um contexto social histórico em que as representações sociais são desenvolvidas, repensadas e consideradas, em muitos casos, como senso comum (MOSCOVICI, 1978).

Analisar as representações sobre maternidade e cuidado dos profissionais da saúde ligados à UTI Neonatal na perspectiva do Serviço Social pode contribuir com a abertura do debate de gênero, mostrando novos caminhos que qualifiquem a intervenção nos processos de doença e saúde das crianças na UTI Neonatal, ampliando a promoção da equidade de gênero nas práticas de saúde e colaborando também para a valorização da mulher como cidadã dotada de direitos, deveres e individualidades e não somente na figura da mãe cuidadora responsável pelos cuidados das crianças.

A presente monografia está dividida em seis partes. O primeiro capítulo trata dos procedimentos metodológicos utilizados na realização da pesquisa de campo. A elaboração desta etapa do trabalho configurou-se em uma etapa importante para a estruturação das propostas e objetivos desta monografia, sua elaboração foi fundamental para a coleta e a análise dos dados coletados em campo. A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa e de caráter exploratório e teve como objetivo analisar as representações de gênero relacionadas à maternidade e ao cuidado que orientam a atenção à saúde das crianças na Unidade de Terapia Intensiva-UTI Neonatal no Hospital Regional de Ceilândia.

O segundo capítulo da monografia compreende o debate teórico acerca das categorias que iluminam as discussões elencadas no trabalho. Esse espaço é dedicado ao estudo da trajetória do feminismo dada a sua importância nas lutas pela visibilidade das causas voltadas para as mulheres. É também nesse meio que inicialmente surgem às primeiras referências a respeito do conceito de gênero. Compreender como esses conceitos foram construídos se configura como elemento importante na análise das implicações das relações sociais entre os sexos, nas representações sociais concernentes

a maternidade e ao cuidado, disseminadas entre profissionais da saúde que atuam na UTI Neonatal.

A contextualização histórica do fenômeno da maternidade em seus aspectos sociais e culturais é o tema do terceiro capítulo. Compreender como esse fenômeno, alocado entre o social e o biológico (SCAVONE, 2004), é entendido e como configura-se em nossa sociedade foi o ponto de partida para entendermos como as dinâmicas familiares são estabelecidas em torno das concepções sobre a maternidade e de como as relações de poder e hierarquização das funções consideradas femininas e masculinas no interior da família são estruturadas.

No quarto capítulo as reflexões focalizam as construções sobre a maternidade e o processo de responsabilização das mulheres, a partir de sua focalização como mães cuidadoras de filhos e filhas. Busca-se aprofundar a reflexão sobre como a mulher ganhou espaço e importância no cuidado e na atenção à saúde das crianças, principalmente sob influência dos sanitaristas. Dentro desse quadro destaca-se a importância dada a saúde materna. Muito embora a preocupação com a saúde materna tenha sido estabelecida também em função da questão reprodutiva ela também merece destaque. É a partir das ações voltadas para a saúde materna que o movimento feminista estabelece suas críticas e sugestões para que as mulheres fossem valorizadas, não apenas pela maternidade, mas por seus direitos de desejarem ter filhos bem como seus direitos de exercer sua liberdade sexual.

O quinto capítulo é destinado à exposição dos principais achados da pesquisa concernente a análise das representações sociais sobre a maternidade e o cuidado dos profissionais da UTI Neonatal. Também se faz uma análise – pelas lentes do gênero das Normas da Sala da Mãe Nutriz e do Método Canguru – uma iniciativa integrante do conjunto de medidas adotadas pela política de humanização do atendimento neonatal.

Por fim, no sexto capítulo, se apresenta as considerações finais da monografia, onde se afirma a importância de trabalhar a perspectiva de gênero na saúde como uma das formas de contribuir para que as diferenças entre homens e mulheres não sejam utilizadas para justificar as desigualdades entre os sexos, afirmando também a importância da co-responsabilidade entre pais e mães no cuidado das crianças.

CAPÍTULO I - METODOLOGIA

1.1 Descrição

A presente pesquisa configura-se como um trabalho qualitativo de caráter exploratório que visa analisar as representações relacionadas à maternidade e ao cuidado que orientam a atenção à saúde das crianças na Unidade de Terapia Intensiva-UTI Neonatal no Hospital Regional de Ceilândia, sob a ótica do gênero. Para a realização da presente pesquisa optou-se pelo método qualitativo por representar um meio eficiente para fornecer dados básicos, contribuindo dessa forma para uma maior compreensão da situação dos atores sociais e das relações que são estabelecidas entre si (GASKELL, 2004). Este método auxilia também em grande medida a captar e compreender os comportamentos em relação às representações de gênero dos profissionais da saúde que atuam conjuntamente na UTI Neonatal.

1.2 Técnica de levantamento de dados

A técnica de levantamento de dados adotada teve como objetivo inicial o levantamento bibliográfico da temática escolhida, posteriormente foi feita uma análise documental sobre as Normas da Sala da Mãe Nutriz, elaboradas conjuntamente pelo Serviço Social e pelo Núcleo de Psicologia da UTI Neonatal, além da análise da iniciativa integrante do conjunto de medidas adotadas pela política de humanização do atendimento neonatal da Metodologia Canguru. Estas análises foram de extremo valor para o presente trabalho, pois ao considerá-las fontes de informações complementares importantes, contribuíram em grande medida como parte do objeto de análise da pesquisa (COMBESSIE, 2004).

Foi utilizado também o recurso de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da saúde que atuam na UTI Neonatal. A escolha pelo instrumental da entrevista semi-estruturada ou semi dirigida foi estabelecida por possibilitar uma maior compreensão das narrativas dos atores em termos mais conceituais e até mesmo abstratos (GASKELL, 2004). Para que as entrevistas fossem realizadas, foi elaborado anteriormente ao período de saída de campo, um tópico guia que contemplou os temas a serem abordados no decorrer das entrevistas. A utilização do tópico guia proporcionou

uma melhor orientação e um maior direcionamento das entrevistas, tornando-se uma alternativa essencial para planejar e conciliar os objetivos da pesquisa (COMBESSIE, 2004).

1.3 Seleção dos sujeitos de pesquisa

A escolha do campo de pesquisa para a elaboração do presente trabalho deu-se a partir das observações feitas durante o período de estágio curricular supervisionado realizado na instituição Hospital Regional de Ceilândia. Dessa forma, a abordagem dos sujeitos de pesquisa teve como facilitador o Núcleo de Serviço Social do Hospital e, mais especificamente o Serviço Social da UTI Neonatal, que auxiliou na articulação e no contato com os profissionais envolvidos na pesquisa.

O Hospital Regional de Ceilândia inaugurou em 2004 a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal que conta atualmente com a colaboração de 103 profissionais da área da saúde. Dentre os profissionais que atuam na UTI Neonatal estão respectivamente: 10 enfermeiros, 61 auxiliares de enfermagem, 24 médicos, 05 fisioterapeutas, 01 assistente social, 01 agente social e 01 psicólogo. O núcleo de Serviço Social do Hospital está organizado a partir de cinco clínicas, dentre as quais se encontra a UTI Neonatal, e nela o serviço social. O objetivo do serviço social neste ambiente é o de atender, acompanhar e orientar as pessoas que estão acompanhando seus filhos e filhas durante o período de internação na UTI Neonatal que é mais conhecida no meio hospitalar como “berçário”.

Nesse trabalho se enfatiza as representações sociais de gênero e as construções sociais acerca da maternidade e do cuidado, disseminadas entre os profissionais da saúde que atuam conjuntamente na UTI Neonatal e que estão em constante contato com as mulheres e com a família dos recém nascidos, numa relação direta de tratamento. Por esse motivo se analisou as representações sociais de profissionais das áreas de enfermagem, serviço social, psicologia, técnicos em enfermagem e agentes sociais. Foram retirados do grupo os fisioterapeutas por considerar que sua atuação na UTI Neonatal é voltada especificamente para a atenção à saúde das crianças, não estabelecendo um contato constante com as mães e demais familiares. Os médicos também foram retirados do grupo pesquisado pela impossibilidade de captar suas falas. Em muitos momentos a pesquisadora estabeleceu contato com esses profissionais, no entanto, a falta de disponibilidade para participar das entrevistas, devido aos horários de

trabalho, invisibilizaram mais uma vez os seus discursos. Há de se ressaltar a importância dos discursos médicos nas pesquisas de saúde, uma vez que esses profissionais possuem funções essenciais nos cuidados com a saúde.

O contato para o agendamento das entrevistas foi estabelecido de forma direta, face a face, sendo o ambiente institucional do hospital utilizado como espaço de conversa na realização das entrevistas. É necessário destacar aqui a disponibilidade dos sujeitos na realização da pesquisa, todos se mostraram muito receptivos e interessados em participar. As entrevistas foram realizadas em pequenos períodos entre um e outro atendimento, demonstrando a difícil realidade dos recursos humanos.

Foram realizadas no total 05 entrevistas de um universo de 74 profissionais atuantes na UTI Neonatal do Hospital Regional de Ceilândia, compatibilizando uma porcentagem de 6,756% de profissionais entrevistados. A seleção dos sujeitos para as entrevistas se deu de forma aleatória contando com a colaboração e a participação voluntária de uma amostra de um profissional por segmento, sendo eles: um técnico de enfermagem, um enfermeiro, um assistente social, um psicólogo e um agente social tendo cada entrevista a duração média de 40 minutos. Inicialmente foi realizado um pré-teste do instrumental de entrevista que contou com a colaboração de uma auxiliar de enfermagem que demonstrou-se disposta a participar. O pré-teste teve como objetivo verificar a objetividade e a abrangência do tópico guia. Foi negociada ao final da entrevista de pré-teste a possibilidade de contato para complementação da entrevista que contou com o tópico guia reelaborado e revisto.

Uma questão importante a ser relatada refere-se ao fato de que todos os sujeitos que participaram de forma voluntária no presente trabalho eram do sexo feminino, dado que indica que as atividades relacionadas ao cuidado ainda hoje possuem características e construções que evidenciam a participação das mulheres nestes ambientes (LOPES, 1996). No decorrer do trabalho, esse aspecto de grande importância para a análise e percepção dos dados será abordado com mais profundidade.

1.4 Análise de dados

Durante as entrevistas foi utilizado um gravador para apreender as falas dos participantes, posteriormente as entrevistas foram degavadas para facilitar a análise dos dados. Além da utilização do gravador, foi utilizado o recurso do diário de campo como

forma da pesquisadora captar as palavras chaves e percepções das falas dos sujeitos de pesquisa. A análise dos dados apreendidos nas entrevistas e na pesquisa documental foi feita a partir da técnica de análise do discurso, utilizou-se esta técnica pelo fato do seu foco possibilitar a análise exploratória do conjunto de opiniões e representações sociais a respeito de um determinado tema (GOMES, 1994). Após a análise do material coletado em campo foi possível elaborar o presente texto, configurado em Trabalho de Conclusão de Curso.

1.5 Procedimentos Éticos

A pesquisa fez uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com a finalidade de garantir o anonimato, o sigilo e a privacidade dos entrevistados sobre os dados utilizados na pesquisa. Durante a aplicação do TCLE foi informado aos sujeitos de pesquisa a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa e que esta desistência não acarretaria em nenhum tipo de constrangimento ou situações de desconforto por parte do entrevistador. O TCLE expôs também o objetivo da pesquisa e qual o método foi aplicado para alcançar o objetivo proposto. Deve-se destacar também que todo o material coletado no período de trabalho de campo foi destruído para melhor garantir o sigilo dos dados.

O presente trabalho de conclusão de curso, em observância aos princípios expressos na resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996), foi submetido para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal com o número de protocolo 237/09, no dia 17/07/2009 sendo concedida a sua aprovação com validade de dois anos no dia 03/08/2009.

CAPÍTULO II - MATERNIDADE E FAMÍLIA: REFLEXÕES A PARTIR DOS ESTUDOS DE GÊNERO

No presente capítulo trataremos da questão da maternidade, fazendo uma contextualização histórica da sua construção nas sociedades ocidentais, desde a percepção da valorização da criança na família até a valorização da mulher enquanto mãe. É possível perceber que neste percurso histórico, vários fatores influenciaram e contribuíram para que a mulher fosse vista como a pessoa responsável pelos cuidados dos filhos, destaca-se neste processo o papel dos higienistas na construção do ideal materno.

Além de abordar a contextualização histórica da maternidade, as dinâmicas familiares ganham importância no capítulo para trabalhar as questões relacionadas à autoridade, ao poder e às hierarquias dentro das famílias e nas relações estabelecidas entre seus membros. As políticas públicas destinadas a tratar das mulheres também merecem destaque, já que suas implicações configuram-se em ações voltadas para a responsabilização feminina (BANDEIRA, 2005).

Antes de iniciar a discussão sobre as representações referentes à maternidade e ao cuidado na atenção à saúde da criança é preciso compreender o longo trajeto envolvendo as lutas do movimento feminista para dar visibilidade às suas causas. Esse movimento foi responsável por inúmeros ganhos históricos para as mulheres, o que possibilitou maior autonomia e liberdade, envolvendo questões de foro público e principalmente publicizando as questões de foro privado (SCAVONE, 2004).

A construção do conceito de gênero foi um dos principais ganhos na busca do movimento feminista pela luta por direitos das mulheres principalmente nas questões envolvendo a saúde e os direitos reprodutivos em um intenso processo por formulação de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Esse entendimento inicial permitirá a discussão posterior sobre a questão da mulher no âmbito da família e as concepções construídas sobre a maternidade tendo como base as representações de gênero.

2.1 A trajetória do feminismo

Durante séculos e gerações muitas mulheres viveram realidades de intensa opressão e hostilidade em nossa sociedade, o autoritarismo dos homens era, na grande maioria das vezes, visto com naturalidade e sem questionamentos (FARIA, 2005). A posição das mulheres na família e perante a sociedade era uma posição de inferioridade em relação ao homem, cuidavam da casa e dos filhos, sem terem direitos políticos e até mesmo direitos sobre o próprio corpo (SCAVONE, 2001). Durante décadas, essas construções sociais desiguais foram veladas e mantidas em silêncio. Os argumentos para essa exclusão do âmbito político e do âmbito dos direitos centravam-se na condição de inferioridade feminina, enfatizando que as diferenças entre homens e mulheres eram diferenças naturais dos sexos, ou seja, diferenças dadas biologicamente (FARIA, 2005).

A mulher era associada à natureza, como se estivesse intrinsecamente ligada a ela, a maternidade e a submissão seriam então justificadas pelo argumento da natureza feminina e da superioridade do homem, seria natural da mulher ser mãe e desempenhar as atividades ligadas à sua condição (WILSHIRE, 1997). O homem, diferentemente da mulher, teria a capacidade de controlar tudo que estava alocado no campo do natural, eram eles que participavam e governavam às sociedades, governando também dentro de suas casas, controlando a mulher e os filhos, estavam em uma posição de superioridade na família, eram os provedores responsáveis pelo sustento da casa e pela manutenção da família (SARTI, 2003).

A partir da luta organizada das mulheres, muitas das práticas sociais, como a dominação masculina, antes não questionada, passaram a ser veementemente condenadas. Os argumentos embasados nas diferenças biológicas que antes eram utilizados para mantê-las em posição de dominação e, portanto, de inferioridade, mostraram-se insuficientes e até mesmo “precário como classificador da mulher-feminino e do homem-masculino” (BANDEIRA, 1999, p. 184).

O feminismo ao longo dos séculos XVIII e XIX até o século XX e início do século XXI, buscou contrapor-se a tais colocações, fixando seus argumentos em torno dos questionamentos ao patriarcado e às construções sociais de gênero, lançando interrogações e alternativas para a superação das relações sociais desiguais. Sua trajetória pode ser percebida e delimitada em três grandes etapas ou ondas do

feminismo, permitindo um melhor entendimento e uma ampla visualização dos esforços e das lutas pela igualdade e/ou da diferença, pela cidadania e pelos direitos sociais das mulheres (SCAVONE, 2004).

A primeira etapa do feminismo surge no final do século XVIII, inspirada nos ideais de liberdade e igualdade propostos pela Revolução Francesa, e prolonga-se até o final da Primeira Guerra Mundial (MELO, 2008). Seus esforços centravam-se na luta pelos direitos elementares civis e políticos, tendo também como um de seus focos o direito à cidadania, numa perspectiva de igualdade entre mulheres e homens, além de possuir um caráter democrático desde seu início. Nesse momento histórico, as mulheres eram tidas como propriedades dos homens, fossem eles maridos, pais ou irmãos. Estavam sujeitas às suas vontades e desejos, assim as lutas travadas pelo movimento feminista, emergente no século XVIII, foram consideradas contemporâneas também por questionar o patriarcado vigente, ficando conhecida como fase universalista (SCAVONE, 2004).

A segunda fase do feminismo, iniciada já no século XIX, dá continuidade às lutas feministas do século XVIII, tendo como ponto de convergência as lutas pela afirmação das diferenças e à luta por direitos específicos dos sujeitos nos diferentes espaços, sejam eles relacionados à educação, ao voto e a cidadania. O feminismo formulou críticas à visão androcêntrica, indo contra o paradigma dominante das ciências (AQUINO, 2006), possibilitando assim uma maior visibilidade sobre as questões relacionadas às mulheres perante a sociedade. O direito ao voto e o direito ao trabalho eram reivindicações que deram a possibilidade às mulheres de viver suas vidas de forma mais independente. Questões como divórcio, a maternidade e outras alocadas no privado passaram a ser discutidas sem, contudo, serem politizadas (SCAVONE, 2004). Tais questões só ganhariam visibilidade política já no século XX.

Em sua terceira fase, no século XX e início do século XXI, o feminismo teve como uma de suas principais percussoras Simone de Beauvoir, que se posicionou contra qualquer determinismo biológico, foi nesse momento que os questionamentos às bases de nossas sociedades fundamentadas nas divisões sexuais e nos papéis sociais tornam-se fortalecidos (SCAVONE, 2001), questões relacionadas à maternidade e à gravidez foram veementemente questionadas bem como a moral e os valores da época. É nesse contexto também que emerge nos Estados Unidos, na década de 60, o movimento feminista considerado contemporâneo, suas reivindicações concentravam-se na luta pela

igualdade e liberdade entre homens e mulheres, igualdade tanto na sociedade quanto na família, lutavam pela libertação feminina em busca da superação das diferenças conflituosas entre mulheres e homens recusando as taxações de inferioridade atribuída a elas (SILVA *et al.* , 2005).

Questões como a liberdade sexual, a contracepção¹, o aborto e a maternidade começaram a ser debatidas, tais questões influenciaram o debate sobre o privado e começaram a ser vistas como questões de foro político entrando nas pautas de discussões (SCAVONE, 2004). Essa crítica, que surge com o feminismo contemporâneo, fez com que os estudos e pesquisas sobre as relações sociais de sexo ganhassem visibilidade na academia tanto nos países que deram origem ao feminismo contemporâneo como nos demais países, como o Brasil (SARTI, 1998).

No Brasil, o feminismo ganha visibilidade na década de 70 em um momento de grande efervescência popular contra a ditadura militar. De acordo com Sarti (1998) alguns fatores propiciaram o (re)surgimento do feminismo no Brasil, são eles: o impacto do movimento feminista internacional, principalmente entre as acadêmicas e a elite feminina brasileira e as mudanças ocorridas pós anos 60 na situação das mulheres. As experiências das mulheres durante o Regime Militar, a participação na luta armada e as mudanças advindas deste período possibilitaram também as mudanças de comportamentos entre homens e mulheres principalmente no que diz respeito ao espaço privado.

O mundo privado era tido como espaço de reclusão das mulheres, a casa e a família eram o lugar em que as mulheres encontravam certa autoridade e autonomia, a mulher encontrava o seu espaço na família principalmente com a vinculação à maternidade (SARTI, 2003), o homem, contudo, encontrava autonomia e autoridade tanto em seu meio familiar, garantindo o sustento da casa, como na governança das sociedades. Todas as mudanças ocorridas nessas décadas fizeram com que o mundo privado entrasse em choque e passasse a conflitar com os padrões e valores sociais tradicionais da família, valores esses que justificavam e reforçavam a divisão das funções sociais de homens e mulheres.

¹ O tema relacionado às lutas pelos direitos reprodutivos bem como às questões relacionadas à saúde da mulher será abordada no decorrer do trabalho.

A mobilização nos anos 1960 e 1970 possibilitou a elaboração da declaração do Dia Internacional da Mulher, no ano de 1975, pela Organização das Nações Unidas – ONU. No Brasil, o movimento de mulheres chega aos anos 1980 com força política, esta força reflete as lutas das militantes por visibilidade e igualdade de direitos, possibilitando a inserção do movimento de mulheres nos mais diversos espaços políticos, como os sindicatos e partidos, sempre na perspectiva de legitimar a mulher como “sujeito social particular” (SARTI, 1998, p. 08).

Para além da discussão das pautas do movimento feminista e da emergência do conceito de gênero, é preciso ter a clareza de que ao trabalhar com o feminismo nos deparamos com um movimento não homogêneo e com uma imensa pluralidade de pensamento. É preciso entendê-lo como um movimento que irá tratar de questões que afetam as mulheres de diferentes maneiras, de acordo com as vivências e particularidades de cada uma (SARTI, 1998). Algumas questões como a maternidade, o casamento e as relações intrafamiliares vivenciadas por mulheres em diversas culturas são questões que o feminismo procurou tratar por considerá-las importantes uma vez que podem trazer “benefícios genéricos a condição social” (SARTI, 1998, p. 09).

Nesse sentido a reflexão de Sarti (1998) converge com a perspectiva explicitada por Shoha (2001). Essa última atribui ao feminismo uma visão que considera tipicamente ocidental fundada em valores eurocêtricos. Essa visão faz com que a terminologia “feminismo” seja vista como, dentre outras colocações, a luta das mulheres no ocidente para construir uma nova perspectiva entre os sexos, desconsiderando “outras mulheres”, as mulheres do oriente (SHOHA, 2001). Essas mulheres lutam em outras batalhas, sejam elas por questões religiosas ou políticas, e não são consideradas como feministas por não conhecer a nomenclatura ou por não aderi-la. É necessário, nas palavras de Ella Shoha (2001), um alargamento da nomenclatura que possibilite a abrangência e a pluralidade dos significados e das lutas.

Portanto, explicitar as questões e os debates que envolvam o movimento feminista configura-se como um elemento importante para compreender o leque de conceitos que se formam sobre o gênero.

2.2 A emergência dos estudos de gênero

A terminologia gênero dentro do movimento feminista não surge de forma rápida e precisa. Durante as duas primeiras fases do feminismo é perceptível a falta de uma categorização nos debates no que se referiam as relações sociais entre homens e mulheres. A palavra que norteava as lutas feministas estava concentrada na máxima da “mulher”, que era pensada em contraposição ao “homem”, discutia-se o papel central do homem como único ser dotado de aptidões valorosas, questionava-se a condição biológica de “ser mulher”, além da interrogativa que ainda hoje permanece: a de utilizar a palavra homem como forma universal para designar homens e mulheres (PEDRO, 2005).

As mulheres não se sentiam contempladas ao serem tratadas pela designação universal “homem”. O movimento feminista, como forma a contrapor-se a esta designação e como forma de demonstrar as particularidades e causas específicas das mulheres, que envolviam dentre inúmeras questões a maternidade e a violência sofrida nos espaços públicos e privados, passaram a adotar a denominação “mulher” em seus discursos (PEDRO, 2005). Em verdade, reivindicava-se neste momento a dissociação entre homens e mulheres numa perspectiva que privasse a singularidade de cada um, sem, no entanto, desconsiderar as relações sociais entre os sexos, visando a diferenças entre eles. O movimento feminista fortaleceu sua identidade ao utilizar o termo “mulher”, suas adeptas encontraram dentro do movimento questões e experiências de vida comuns que puderam ser debatidas e trabalhadas favorecendo a reflexão crítica e os posicionamentos perante determinadas situações colocadas.

Não se pode negar a importância desta separação terminológica e identitária dentro do movimento feminista, contudo, a designação “mulher” também implicava em interpretações variadas (PEDRO, 2005), dentre elas estava a falsa impressão da existência de um ser único, de uma mulher universal. Muitas mulheres não se sentiam contempladas dentro desta categoria, reivindicando a diferença dentro da diferença. A dupla jornada de trabalho e a falta de reconhecimento, as remunerações discrepantes entre homens e mulheres, as diferenças de poder aquisitivo, a raça, a etnia, a orientação afetivo sexual, o credo, as diversas formas de preconceito e violações fizeram com que as questões se voltassem não mais para a categoria “mulher”, mas sim para a categoria

“mulheres” favorecendo a pluralidade de pensamentos e experiências, valorizando principalmente a diferença (SCAVONE, 2004).

Os questionamentos sobre a dominação e autoridade masculina, e as formas de opressão sofridas por diversas mulheres em diferentes lugares do globo não conseguiam ser explicados mesmo delimitando os espaços e as diferenças entre mulheres e homens. Assim a categoria “mulheres” também se mostrou pouco eficaz para englobar as inúmeras dinâmicas que envolviam homens e mulheres nas diversas partes do mundo, pois cada situação requeria um olhar específico e uma análise particular (HARAWAY, 2004).

É neste contexto, e dentro do movimento feminista dos anos 80, que surge o termo gênero, que de acordo com Scott (1995) foi trabalhado primeiramente entre as feministas americanas. O termo, já conhecido e utilizado amplamente na biologia e na gramática (HARAWAY, 2004) para designar as diferenças biológicas dos sexos em feminino e masculino, ganha a partir deste momento atribuições sociais para frisar a essência social dos sexos. No processo de construção deste conceito um caminho longo e sinuoso foi percorrido, sua designação ainda hoje sofre com abordagens não condizentes ao seu significado, a generalização do conceito tem “esvaziado o seu poder heurístico ao reduzi-lo à descrição das diferenças em homens e mulheres” (AQUINO, 2006, p. 122).

A terminologia gênero já foi entendida e ainda o é por muitos como sinônimo de mulher ou mesmo como sinônimo generalizante relacionado a homens e mulheres. O termo gênero surge como uma categoria de análise que diz respeito às relações sociais estabelecidas entre os sexos, ele “torna-se uma forma de indicar construções culturais” (SCOTT, 1995, p. 75), por isso a importância da análise histórica. Além do gênero analisado historicamente, a cultura também deve ser vista sob a perspectiva histórica já que se constitui das e nas relações sociais (CISNE, 2004).

Esta visão do gênero como categoria de análise das relações sociais entre homens e mulheres desaprova a lógica biologizante que relaciona a natureza como atributo feminino, desaprovando também a lógica binária estabelecida por nossas sociedades, possibilitando a abertura do debate para a discussão da divisão sexual do trabalho, das funções tidas como do feminino e do masculino e das relações de poder e dominação.

O gênero seria então, dentro da perspectiva feminista norte americana, “um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e também uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 86). Scott faz a discussão sobre a diferença entre sexo e gênero articulando o gênero à noção de poder, teorizada por Foucault, para demonstrar os motivos pelo qual gênero e seus graus de hierarquização são desenvolvidos e legitimados em sociedade.

Esta nova forma de perceber o gênero apresentou-se como um meio para compreender as diversas formas de relações humanas e suas representações sociais. De acordo com Meyer (1995), o gênero seria o meio onde os indivíduos aprendem a se reconhecer como mulheres e homens nos diferentes contextos sociais, é uma construção social e, portanto, uma construção histórica que deve ser analisada dialeticamente. O gênero teria a capacidade de fornecer mecanismos para entender as formas dos indivíduos se relacionarem e estabelecerem significados, sem estar necessariamente relacionado ao sexo.

A construção de gênero é estabelecida na separação e oposição das atribuições de dinâmicas e tarefas (LOURO, 1996) tais como a maternidade associada ao feminino e a paternidade associada à virilidade e ao masculino. O chamado modelo do paradigma dominante das ciências, trabalhado por Santos (1995), diz que a ciência estabelece blocos de categorizações, classificando e nomeando seus conhecimentos de forma a ter controle sobre tudo e todos os fenômenos comprováveis, assim estabelece blocos de categorizações tais como a natureza e oposição à ciência e o feminino em oposição ao masculino. Esta visão da ciência moderna acaba por ressaltar e reafirmar os padrões e valores estabelecidos em nossas sociedades e que seguem a ótica binária de oposição entre os sexos, prevalecendo às determinações biológicas e dificultando ainda mais o entendimento do “gênero” como uma construção dos indivíduos (WILSHIRE, 1997).

As práticas e as formas como elaboramos e atribuímos os significados em nosso cotidiano bem como a forma que reproduzimos as representações do que significa ser homem e ser mulher fazem com que tanto as noções de gênero, como as de sexo e as de raça sejam recobertas e tornem-se naturalizadas em nossas sociedades (MEYER, 1996). A proposta da desconstrução das operações binárias e da lógica do pensamento tradicional contribuiria de um modo geral para o que Santos (1995) chama do paradigma emergente, que seria justamente a mudança na forma da ciência tratar o

conhecimento, valorizando até mesmo o senso comum tão renegado pelo conhecimento racional e as diversas formas de entender as relações entre mulheres e homens.

As feministas tiveram uma grande importância neste momento histórico por contribuir com as mudanças ocorridas no movimento de desconstrução do gênero, elas questionaram a lógica binária e heterossexual mostrando a possibilidade de existência de diversos tipos de orientações afetivo sexuais possíveis. A interdependência entre os sexos é um dos caminhos para se pensar alternativas contrárias as relações de poder numa perspectiva de enxergar o feminino e o masculino não mais como categorias opostas, mas de complementaridade (LOURO, 1996).

A desconstrução dessas representações, dos significados e das simbologias sobre gênero traria a possibilidade de entendermos o quanto quebrantável é trabalhar com conceitos fixos (BANDEIRA, 1999) e supostamente inalteráveis com relação ao feminino e ao masculino. Possibilitando, desta forma, novas visões sobre as dinâmicas sociais, reconhecendo homens e mulheres como “categorias vazias e transbordantes” (SCOTT, 1995, p. 93) capazes de construir e desconstruir significados sem, contudo, se prenderem a padrões e conhecimentos tidos como absolutos.

Assim, no próximo capítulo trataremos da análise histórica da construção da maternidade em nossas sociedades, demonstrando suas influências na forma de enxergarmos as funções da mulher até então vigentes. A família neste processo também merece destaque, pois as construções de gênero permeiam as relações e funções estabelecidas nas dinâmicas familiares.

2.3 A construção da maternidade

Os significados, as representações sobre a maternidade e as funções da mulher enquanto mãe nas sociedades têm se modificado no decorrer da história, estando ligadas às transformações ocorridas na estrutura de nossas sociedades (DIAS & LOPES, 2003). Assim ao tratar da maternidade e do amor materno é notável compreender os movimentos dos conceitos criados historicamente. Hoje é possível percebê-los com olhares distintos daqueles do pensamento geral coletivo que concebia o amor materno e a maternidade como questões inerentes aos indivíduos.

A maternidade e o amor materno podem ser analisados e compreendidos sob o enfoque das construções simbólicas. Para além das questões tidas como naturais, a maternidade, fenômeno proposto para a análise nesse capítulo, pode então ser percebida como um fenômeno que ultrapassa as questões da biologia e da fisiologia feminina, ela passa a configurar-se não como um fenômeno biológico, mas sim como um fenômeno que traz consigo valores morais e construções sociais (SCAVONE, 2004).

No século XIX os médicos europeus afirmavam haver diferenças biológicas entre os sexos, estas diferenças se estendiam não somente às diferenças físicas e biológicas envolvendo também os comportamentos morais de mulheres e homens da sociedade da época (RAGO, 2002). Inúmeros estudos foram realizados na sociedade médica buscando comprovar os argumentos fundados na supremacia das características biológicas em detrimento das construções sociais, eles acreditavam haver explicações para os comportamentos de homens e mulheres embasados nas diferenças sexuais, acreditavam até mesmo que a sexualidade feminina estaria ligada indistintamente à função reprodutiva (RAGO, 2002). Essas formas de pensamento sobre a maternidade perduraram durante séculos sendo possível ainda hoje identificá-las em nossas sociedades. Para compreendê-las melhor faz-se necessário uma reflexão sobre o seu trajeto na história.

Durante o decurso histórico a maternidade esteve também ligada à questão da imagem da criança na sociedade, a valorização ou desvalorização da maternidade passa então pela análise da história social da criança, esta análise foi trabalhada de forma detalhada por Ariés (1978). Para Ariés, a família teve um papel central na construção dos significados e representações produzidas e reproduzidas por seus membros, ela

alterou suas estruturas e dinâmicas na medida em que as relações com as crianças foram trabalhadas e modificadas. Desse modo, a maternidade passou por inúmeros graus de importância na sociedade o que possibilita sua análise não somente em relação à criança, mas também em relação à família.

Na sociedade medieval o sentimento da infância era inexistente (ARIÉS, 1978), as crianças eram cuidadas pelo fato de possuírem certa peculiaridade em relação aos adultos e não pelo fato de estarem ligadas aos seus pais pela afetividade. Os filhos estavam ligados à família mais pelo que eles poderiam contribuir para a sua manutenção do que pelos laços afetivos, “a família era mais uma realidade moral e social que afetiva” (ARIÉS, 1978, p.158). O amor pelos filhos era um amor muitas vezes não expresso na família, as responsabilidades pelos seus cuidados e educação eram, principalmente nas classes com maior poder aquisitivo, desempenhadas pelas “amas”, mulheres que trabalhavam nas casas prestando serviços, já nas classes mais baixas os cuidados básicos com a criança eram realizados pelas mães (ARIÉS, 1978).

No século XV a realidade da época começa a sofrer modificações, começa a haver uma maior valorização da criança, tal valorização se deu com a preocupação da família em educá-la, uma educação que seria dada separadamente dos adultos, assim a criança não aprenderia seus maus hábitos. A educação não ficaria mais a cargo das amas e das mães, os cuidados com a educação das crianças passaria a ser tarefa dos educadores moralistas da época (ARIÉS, 1978).

A criança passa então a ganhar um papel de importância e atenção na família, a educação, a projeção do futuro e principalmente a saúde tornam-se indispensáveis para sua proteção e zelo. É nesse momento, já no século XVIII, que o papel da mulher como cuidadora de seus filhos e filhas fica mais evidente na sociedade, ela passa a ter mais controle das crianças a partir do momento que são consideradas como frágeis e incapazes de prover seus próprios cuidados (GIDDENS, 1993).

De acordo com Giddens (1993), a idealização da mãe exerceu um papel de fundamental importância no processo de valorização da maternidade, essa idealização foi possível pelo fato do amor romântico ter sido considerado com um amor feminilizado. Essa ponderação ocorreu porque o amor romântico, antes ligado ao casal, passou a ganhar maiores proporções no campo do feminino muito em função das divisões das esferas de atuação da mulher e do homem na sociedade.

Assim, a hegemonia masculina no âmbito da família começa a diluir-se. Para Giddens (1993) a separação do ambiente de trabalho do ambiente da casa retira parcialmente o foco do homem como controlador da família, a mulher ganha mais espaço nesta instituição enquanto o homem administra seu lugar na sociedade e em casa. A afeição materna passa a ser valorizada na família comportando novos conceitos de moral, conceitos estes estabelecidos também pelos religiosos do século XVII responsáveis pela educação das crianças (ARIÉS, 1978).

Outro ponto importante a respeito da construção da maternidade é relatado por Costa (1999), sua reflexão analisa o papel dos higienistas no período colonial e pós-colonial e a forma com que buscavam a melhoria dos índices de saúde da população. Os higienistas combatiam o poder dos patriarcas como medida de evitar os casamentos arranjados entre casais com diferenças de idade muito discrepantes, buscavam romper com os enlaces entre mulheres com corpos ainda não preparados para a gravidez e homens com idade muito avançada. Esta medida era direcionada aos velhos patriarcas e consequentemente à figura do pai (COSTA, 1999) contribuindo para que houvesse uma redução de sua figura e uma valorização da mulher e dos filhos.

Os higienistas se colocavam em posição de defesa das mulheres contra o poder vigente do patriarcado, esse posicionamento, no entanto, não se dava em função da análise crítica dos higienistas a respeito das relações de gênero nas famílias, as medidas adotadas referiam-se ao bom funcionamento da ordem médica no combate às enfermidades e possíveis problemas ocasionados por conta de uma gravidez no período precoce da vida, a nova ordem médica passou a determinar “a natureza social do homem e da mulher” (COSTA, 1999, p. 226) instituindo regras e boas formas de se agir perante a sociedade.

Costa (1999) em seu trabalho, refere-se à importância do amor na perspectiva dos higienistas. Ele ganha espaço no conjunto das medidas preventivas e reguladoras, sua utilização nas contextualizações das normatizações reflete ganhos importantes para a categoria dos higienistas, as mães passam a auxiliar os médicos nos cuidados das crianças, assim, esse processo reflete a importância do amor na construção da maternidade e no papel construído da mãe na saúde de seus filhos e filhas.

Para que isso fosse possível, os higienistas utilizaram-se de posicionamentos de negação do totalitarismo do patriarcado, fizeram do amor um aliado para ilustrar a

figura do casal feliz, que possuía a possibilidade de escolher seus pretendentes. Essa nova forma de conceber a família ia contra a prática social dos casamentos arranjados, o que valorizava o amor livre de condicionantes autoritários e possibilitava menores danos à saúde das crianças, já que evitavam o casamento entre parentes diminuindo a possibilidade de mutações gênicas (COSTA, 1999).

Enaltecer o amor como princípio moral na vida do casal e na vida da família faria com que houvesse uma maior regulação dos papéis sociais impostos a homens e mulheres, a paternidade concederia ao homem o status de homem viril e pai de família responsável, já a maternidade concederia a mulher obrigações com o cuidado dos filhos e do marido (COSTA, 1999). As novas formas de enxergar a maternidade, agora relacionada diretamente à figura da mãe cuidadora, permitiu à mulher o desenvolvimento de novas maneiras de lidar com os espaços conquistados dentro da família. Estes espaços, mesmo que paradoxais, colaboraram para que as mulheres tivessem a oportunidade de pensar sobre sua atuação nas decisões da família e em suas decisões particulares, possibilitando uma melhor forma de lidarem com sua intimidade (GIDDENS, 1993)

Foi a partir do pós Primeira Guerra Mundial que os valores e funções sociais de cada membro da sociedade começaram a se modificar com maior intensidade, essas modificações se deram em um contexto ocidental por questões sanitárias, demográficas e até mesmo por questões patrióticas, o que acabou conferindo novas visões e funções sociais às mulheres e à maternidade (FREIRE, 2008). No Brasil dos anos 20 o cenário econômico político republicano favorecia o ideal da juventude como futuro da nação. Esse ideal fez com que houvesse uma valorização da criança e uma busca por melhores condições educacionais, de saúde, principalmente no que concernia à proposta de higiene e da melhoria das condições sanitárias, já que esse era um dos pontos que ameaçava a consolidação do regime republicano. A mulher se tornaria uma auxiliar dos médicos no cuidado, atuando principalmente na higiene das crianças (FREIRE, 2008).

A figura da mulher enquanto mãe ganha novas significações e funções na sociedade brasileira, a mãe passa a assumir papéis não somente na esfera privada da família, ela passa a possuir uma função social de comprometimento com a ordem e o progresso do país. A maternidade adquire uma função patriótica, as mães seriam as responsáveis pelo futuro de suas crianças e conseqüentemente do futuro do país,

garantindo não mais “filhos ao marido, mas sim cidadãos à Pátria” (FREIRE, 2008, p. 154) numa perspectiva da “mulher completa”. Seria uma completude tanto moral quanto multifuncional, nessa perspectiva a mulher que não assumisse a sua função de mãe comprometida com a família e a sociedade poderia ser considerada como uma mulher incompleta (SARTI, 2001).

Freire (2008) em seu estudo faz uma análise das representações das mulheres e da maternidade em revistas femininas da década de 20 no Brasil, em sua análise é possível perceber a clara função social da mulher neste período. A maternidade era tida como própria de uma suposta essência feminina e também como uma das principais funções das mulheres, suas obrigações com a família e com os filhos eram então consideradas obrigações morais e de boa conduta, sendo incorporadas a ela as funções de patriotismo, de missão divina e de dever social.

De acordo com Freire (2008), a maternidade estava inerentemente ligada às construções de gênero. Muitas vezes as habilidades tidas como biológicas e do sexo feminino, tais como as habilidades manuais, eram colocadas como argumento para enfatizar as funções ditas naturais da maternidade, ressaltando a centralidade do gênero e das funções sociais na construção dos conceitos de maternidade. Assim, percebemos que as mudanças ocorridas no decorrer da história afetaram não somente a construção da maternidade, elas afetaram também as funções sociais das mulheres e homens na sociedade e em consequência as estruturas e dinâmicas familiares. A família, antes centrada no poder patriarcal, começou a mostrar sinais de mobilidade estruturando-se em arranjos nucleares com a parceria dos avós, tios e primos (ALMEIDA, 2007).

A valorização da mulher, porém, continuaria a configurar-se enquanto mães provedoras dos cuidados dos filhos e da casa, o pai continuaria a exercer a figura de autoridade. É com o desenvolvimento da sociedade industrial que ocorre a passagem do modelo tradicional da maternidade, em que a mulher é tida exclusivamente como mãe, para o modelo contemporâneo de maternidade, em que a mulher tem a possibilidade de escolha e autonomia sobre o seu próprio corpo (SCAVONE, 2001).

As mudanças ocorridas com a passagem para o modelo contemporâneo da maternidade foram percebidas principalmente pela entrada da mulher no mercado de trabalho, essa passagem do mundo privado para o mundo público continuou demonstrando as desigualdades existentes entre homens e mulheres, os melhores

salários e os trabalhos considerados de maior importância continuariam por um longo período a ser exercidos por homens (SCAVONE, 2001).

A mulher estaria inserida na esfera pública e continuaria a exercer indissociadamente suas funções de mãe e cuidadora, elas teriam a partir deste momento uma dupla jornada de trabalho, teriam que conciliar sua vida na família, com os cuidados da casa, dos filhos e do marido com suas atividades laborativas na sociedade. Essa sobrecarga de tarefas conjuntamente a fatores econômicos e sociais fizeram com que as mulheres passassem a ter posicionamentos reflexivos (SCAVONE, 2001) sobre a escolha de construir ou não uma família bem como a possibilidade de escolha de ser ou não ser mãe.

Os novos métodos contraceptivos e as tecnologias desenvolvidas para a saúde reprodutiva da mulher permitiram a elas diversas alternativas para administrar suas vidas, possibilitando ao casal um maior planejamento de suas famílias além de permitir às mulheres uma maior autonomia e controle de seus corpos, abrindo caminhos e possibilidades de romper com “o destino inevitável que a maternidade lhes designava” (SCAVONE, 2001, p. 143).

Apesar das mudanças ocorridas em função do modelo contemporâneo da maternidade, as construções sobre os conceitos do que é ser mãe ainda continuam indissociadas da figura da “boa mulher”, cuidadora da família. Estas simbologias perpassam e encontram um lugar especial nas famílias e nas dinâmicas estabelecidas entre seus membros. Os fatos relatados no decorrer do capítulo demonstram que a família como instituição também merece destaque ao trabalhar com as relações e construções de representações elaboradas entre mulheres e homens no que concerne à questão do gênero (DI MARCO, 2005), sendo importante analisar as relações estabelecidas no seu interior e suas dinâmicas.

2.4 Família e relações sociais de gênero

Graciela Di Marco (2005) ressalta a importância de se trabalhar as relações de autoridade e as relações de gênero dentro da família. Para a autora as relações estabelecidas em seu interior, sejam elas relações de afeto, carinho, dependência e

respeito e os significados atribuídos a essas relações são o que mantém a ligação de seus membros. As relações estabelecidas na família estariam então embasadas nas relações de interdependência, hierarquia e também em relações igualitárias.

As figuras do pai e da mãe na família nuclear estabelecem entre si relações de complementaridade (DI MARCO, 2005), porém ela dá de forma desigual em seu interior, a complementaridade de atribuições é mascarada por divisões de funções “aparentemente” iguais. Essas relações desiguais são colocadas muitas vezes pelas representações e reproduções dos significados dos papéis de homens e mulheres na família.

A abordagem utilizada por Sarti (2003) traz a família no contexto do espaço privado da casa, para ela a casa é um ambiente que traz consigo significações importantes para a construção das dinâmicas que são estabelecidas em seu interior. A casa é o lugar que concentra o significado da construção da família, é o local onde os indivíduos têm a possibilidade de exercer papéis sociais construídos e reproduzidos socialmente, para Sarti (2003) a casa é também o ambiente em que seus membros podem exercer a autoridade e ter autonomia nas decisões, é um local que os pertence.

Ao trabalhar com o foco nas famílias pobres, a autora ressalta que em alguns casos a casa é o local em que seus membros podem reverter as situações de exploração e dominação sofridas, se na sociedade são dominados na casa podem dominar. Ainda em relação à sua analogia, a casa como objeto de poder é identificado com as mulheres, sendo delas a responsabilidade com seus afazeres e cuidados, já a família pode ser identificada com a figura do homem provedor de seu sustento e manutenção. A autonomia das mulheres em relação à casa concede a elas a posição de chefes, enquanto o homem atua na chefia da família (SARTI, 2003).

Essa hierarquia de espaços na família pode ser percebida na divisão das atribuições estabelecidas entre homens e mulheres. A autoridade masculina neste espaço é um componente de grande peso, pois é na sua figura que há a personificação da autoridade, uma autoridade alocada no campo da integridade e no respeito da família (SARTI, 2003). No entanto, na família não existe somente um tipo de autoridade configurada na autoridade masculina, as mulheres também exercem sua autoridade, porém de forma distinta da autoridade dos homens, sua autoridade é exercida no campo

da coesão familiar, é delas a responsabilidade em manter a harmonia, a paz e a organização da casa e da família.

É importante frisar que a autoridade não é exercida necessariamente tendo com ponto central a figura do pai e da mãe, estas figuras são resultado do tipo de organização familiar embasada muitas vezes na família nuclear; o que há realmente é uma relação hierárquica entre homens e mulheres (SARTI, 2003). Essa autoridade seccionada em feminina e masculina reflete e reproduz mais uma vez a força das funções sociais uma vez que podem dar autonomia às relações autoritárias.

A autoridade feminina além de estar relacionada à responsabilidade e à coesão da família, pode ser percebida e firmada nas representações e significações da maternidade. Tais percepções são arraigadas principalmente às concepções, anteriormente trabalhadas, do amor e do cuidado. Essas formas de enxergar a maternidade fazem com que a figura da mulher relacionada à maternidade seja valorizada, contudo, essa valorização pode ser percebida no âmbito da família e da sua manutenção no cuidado com os filhos e no desempenho das atividades domésticas (SARTI, 2003), alocando-se no âmbito privado.

A valorização da figura da mulher na sociedade não fugiria muito aos padrões adotados pela família, ela continuaria a ser valorizada por suas funções de cuidadora e provedora da saúde dos filhos e filhas. No que tange à valorização feminina nos espaços considerados masculinos muito há que ser trabalhado, a mulher ainda sofre com a falta de legitimidade e reconhecimento de seus trabalhos na sociedade (DI MARCO, 2005). A autoridade feminina é uma autoridade desigual se comparada à autoridade masculina, a mulher ainda possui uma autoridade cerceada ao espaço doméstico e a possibilidade de acesso a legitimação da autoridade nos espaços públicos muitas vezes é barrada.

De acordo com Giddens (1993) a autoridade só pode ser justificada se não ferir o princípio da autonomia de cada indivíduo. Levando em conta tal princípio é possível notar que a mulher mesmo possuindo certa autonomia no ambiente da casa e da família está isenta de autonomia e autoridade suficientes para garantir o acesso nos demais espaços da sociedade e para relacionar-se de forma igualitária (GIDDENS, 1993).

Assim, nas dinâmicas familiares é possível notar a discrepante relação entre homens e mulheres no que tange as atribuições e funções de cada um no interior das famílias. A mulher figurada no ideal da mãe e o homem figurado no provedor ainda

constituem-se como fortes símbolos, bem como a família nuclear (CARVALHO, 1998) sendo que as valorizações destes padrões contribuem para a reprodução das simbologias relacionadas às funções de cada membro na família.

Outro ponto importante a ser levantado está no fato da família ser o núcleo responsável, enquanto instituição, pela sua manutenção, cuidados e aprendizado de sua prole. “As expectativas em relação à família estão, no imaginário coletivo, ainda impregnadas de idealizações” (CARVALHO, 1998, p. 13). Os reflexos destas idealizações da família podem ser sentidas até mesmo nos mecanismos vigentes de proteção social (MIOTO, 2008). A família como instituição privada, responsável pelo provimento de seus membros passaria a ter uma valorização por parte do Estado, configurando-se como um lugar natural de proteção.

Dentro dessa discussão as políticas públicas configuram-se como instrumentos de grande valor e efetividade para trabalhar com as questões relacionadas ao gênero, à família e à saúde. Para tanto, Bandeira (2005) faz diferenciações entre as políticas que são destinadas às mulheres e as políticas destinadas a tratar de gênero. Muitas vezes as políticas públicas voltadas para as mulheres não abordam necessariamente a perspectiva do gênero. As políticas com direcionamento voltado para a perspectiva de gênero devem levar em consideração o processo de construção histórica das relações entre homens e mulheres e também das relações individuais de cada sujeito. Já as políticas voltadas especificamente para as mulheres centram-se no universo do feminino enquanto “parte da reprodução social” (BANDEIRA, 2005, p. 08).

Essas políticas reforçam a participação das mulheres como atores importantes no processo de reprodução social, porém desconsideram em grande medida as interações existentes entre os sexos. Assim, as políticas direcionadas para as mulheres enfatizam a responsabilização feminina uma vez que levam em conta suas funções na família. Esta responsabilização da mulher desdobra-se no cuidado e na educação dos filhos e também na manutenção da família não contemplando dessa forma a sua autonomia dentro da família e na sociedade (BANDEIRA, 2005).

De acordo com Bandeira (2005) a partir do momento em que os gestores e órgãos públicos, ao formular as políticas, não levam em consideração a relação existente entre as questões relacionadas ao gênero e a mulher, a capacidade de alcance das políticas torna-se reduzida, pois desconsideram elementos importantes das interações

entre homens e mulheres. As políticas para as mulheres não excluem a perspectiva do gênero, ganha-se muito ao agregá-las, principalmente na área da saúde, em que é possível trabalhar as duas políticas conjuntamente. A tendência é a de que as políticas para as mulheres se tornem gradativamente políticas de gênero (BANDEIRA, 2005).

Assim, as dinâmicas familiares envolvendo as construções de feminino e masculino e até mesmo as políticas públicas destinadas a tratar da mulher e do gênero priorizam as funções da mulher principalmente nas atividades relacionadas ao espaço considerado feminilizado, o espaço do cuidado (DURO, 2002). Esse espaço ganha força tanto na família, quanto na sociedade, nas concepções adotadas pelo Estado em suas políticas de proteção social e também nos espaços de atenção à saúde da criança e da mulher como abordaremos a seguir.

CAPÍTULO III - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

As políticas voltadas para a atenção à saúde da mulher estiveram durante um longo período vinculadas à saúde da criança, essa associação esteve em grande medida ligada à trajetória histórica da criança na família, à construção da maternidade e à atribuição dos cuidados à figura da mulher (BILLOROU, 2007). Ao trabalhar com a discussão sobre a construção da centralidade da maternidade na atenção à saúde da criança, uma categoria merece destaque - o cuidado. Ele inicialmente é abordado de forma conceitual, dada a importância de sua transversalidade durante toda a análise teórica, sendo importante conhecer o debate sobre suas conceitualizações para compreender as dinâmicas estabelecidas no âmbito da saúde.

Outro importante ponto abordado nesse capítulo refere-se à luta do movimento feminista para dar visibilidade à saúde da mulher na agenda pública brasileira. A saúde da mulher, na perspectiva do movimento feminista, deveria estar relacionada não somente às questões reprodutivas, a integralidade do atendimento deveria ser o foco do atendimento às mulheres. Assim, a luta do movimento feminista propiciou o surgimento de estratégias positivas para a saúde da mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) criado já no início dos anos oitenta (BOARETTO, 2000) foi uma dessas estratégias. A luta pelos direitos reprodutivos também merece destaque já que foi também a partir dela que as mulheres conseguiram sua liberdade sexual e reprodutiva.

3.1 Contextualização do debate sobre o cuidado

A utilização das formas de abordagem do cuidado torna-se importante para as futuras análises dos discursos sobre as representações sociais de cuidado e maternidade dos profissionais da UTI Neonatal. Assim, antes de entrarmos na discussão sobre como as mulheres tornaram-se centrais no cuidado dos filhos e na atenção da saúde das crianças, veremos como alguns autores percebem e analisam o cuidado.

Vários são os teóricos que vêm trabalhando ao longo da história com os conceitos de cuidado e “care” (TERRA *et al.*, 2006). No meio acadêmico teóricos como

Letablier (2007) tentarão definir seus conceitos. De acordo com suas análises o cuidado irá referir-se a :

a la responsabilidad que entrañan, a los servicios de ayuda a las personas, o a las três cosas al mismo tiempo, respecto de lo que podríamos lhamar el trabajo realizado para os demás. Sin por ello proponer uma definición, diremos que el care designa la ayuda a um nino o a uma persona adulta o anciana dependiente em su vida cotidiana o em su bienestar (LETABLIER, 2007, p. 66).

Seus conceitos estão muitas vezes ligados à noção de dependência, seja ela econômica, física ou psicológica (GUIMARÃES, 2008). Desse modo, tanto crianças como idosos e adultos necessitarão em algum momento de suas vidas de uma atenção especial, seja de pessoas de seu círculo familiar ou de profissionais habilitados para exercer o cuidado, como médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Letablier (2007) afirma que o cuidado ligado a características de ajuda volta-se também para a esfera do emocional, do envolvimento afetivo entre a pessoa que cuida e a que recebe os cuidados, estabelecendo reações de interdependência.

O cuidado é visualizado ainda hoje como uma prática sexuada predominantemente ligada ao sexo feminino (GUIMARÃES, 2008). Em vários momentos a dissociação dos termos “mulher” e “cuidado” são difíceis de serem estabelecidos. Essa dissociação torna-se de difícil dissolução muito em função das construções e representações estabelecidas socialmente, desta forma os termos “mulher” e “cuidado” podem ser até mesmo considerados como “termos conexos” (GUIMARÃES, 2008, p. 214).

Além da conexão entre os termos “mulher” e “cuidado” é possível notar também que a prática do cuidado perpassa a ótica da hierarquização das funções sociais. Esta hierarquização permite que o cuidado encontre-se em uma posição de desvalorização principalmente para o universo masculino. De acordo com Lopes (1996), a função do cuidado para os homens recai como uma afronta a sua identidade sexual, enquanto que para as mulheres o cuidado é visto como função natural da identidade feminina. Tais concepções podem ser percebidas na atenção à saúde das crianças na medida em que as mulheres passam a ganhar importância na atenção à saúde das crianças no discurso médico. Pode ser percebida também na medida em que os

principais usuários dos centros de saúde e do Sistema Único de Saúde são mulheres, seja para tratar da saúde dos filhos, de sua própria saúde ou de membros da família (BRASIL, 2008).

3.2 A centralidade da assistência materna na atenção e cuidado de crianças

Como vimos anteriormente, os higienistas tiveram um papel de grande importância na difusão do amor no meio familiar. Eles contribuíram também, com seus discursos morais e normativos, para o estabelecimento de novos vínculos entre mães e filhos, o que acabou conferindo novas práticas médicas sobre a maternidade e a atenção e cuidado das crianças (BILLOROU, 2007). Durante esse processo histórico de construção da centralidade das mulheres no cuidado com os filhos e filhas, os higienistas, muito influenciados pelos padrões europeus sobre saúde e assistência aos pobres, começaram a intervir juntamente com o Estado de forma direta e organizada (GRASSI, 1989).

Os médicos começaram a perceber que não bastava somente se preocupar com os problemas de saúde da população, os padrões sociais e os problemas advindos dos diferentes níveis sócios econômicos também influenciavam ajudando ou atrapalhando os seus afazeres médicos. A saúde das crianças dependia da situação financeira e social da família, para que as crianças crescessem fortes e saudáveis era necessário que tivessem boa alimentação, cuidado e higienização adequadas (BILLOROU, 2007). Assim, as mulheres foram chamadas a exercer suas funções de mãe e cuidadora também no campo da saúde, os médicos passaram a incidir ações principalmente na intimidade das mulheres objetivando lograr melhoras no campo da saúde infantil. As mulheres passariam a fazer parte da pauta médica além de exercer grande importância “através da presença física” no desenvolvimento das crianças (BILLOROU, 2007, p. 169) reforçando a importância do vínculo entre mãe e filho.

O discurso médico, de acordo com Billorou (2007), contribuiu para a internalização das normas médicas, influenciando também a construção das formas de perceber e reconhecer a figura da mulher como responsável pelo cuidado dos filhos. Porém, para que esse discurso fosse reconhecido como legítimo pelas mulheres, os médicos tiveram que exercer algumas medidas de controle social em suas vidas

cotidianas. As mulheres pobres eram o grande desafio à classe médica, elas começaram a frequentar os serviços de saúde já no final do século XIX, mas não demonstravam confiança absoluta no saber médico. A medicina tradicional era vista muitas vezes como uma última alternativa quando as outras práticas da medicina popular já não conseguiam suprir suas necessidades, assim “en un marco caracterizado por la desconfianza, muchas de las mujeres pobres rechazaron aquellos elementos de la medicina contradictorios com sus experiencias o sus expectativas” (BILLOROU, 2007, p. 172).

Tendo esse quadro como realidade, os médicos lançaram mão de ações estratégicas que enfrentassem a resistência das mulheres frente à medicina tradicional. A principal estratégia utilizada centrava-se no discurso de que o saber popular estaria imbuído de ignorância e de conhecimentos não científicos, enquanto que o saber médico seria o saber que conteria a verdade e a solução para as enfermidades (BILLOROU, 2007), tais concepções fortaleceram o discurso médico conferindo a ele legitimidade até os dias atuais.

Os médicos não reconheciam o saber das mães no cuidado com os filhos, porém as viam como figuras importantes no processo de saúde das crianças; não legitimavam seu saber, contudo, faziam delas instrumentos para a execução de suas práticas, elas eram vistas como auxiliares capazes de cumprir com delicadeza e afeto suas funções (GRASSI, 1989). De acordo com Billorou (2007) as medidas tomadas iam desde a ação de médicos puericultores ² para conter a “ignorância” no cuidado com as crianças até ações de visitadoras.

As ações dos médicos puericultores não teriam repercutido resultados significativos entre as mulheres, elas não sentiam confiança nos saberes dos puericultores. Para que as ações educativas dos puericultores não estagnassem, novas medidas foram tomadas, dentre estas medidas estavam a participação de mulheres no ofício de visitadoras. Suas funções compreendiam atividades das quais os médicos não teriam tempo para executar: faziam as visitas domiciliares visando manter a boa higiene e a prevenção de enfermidades, ganhavam a confiança das famílias pobres e das

² A puericultura refere-se à prática médica relacionada ao estudo dos cuidados com o acompanhamento do desenvolvimento infantil, sendo uma subespecialidade da pediatria. Esta especialidade foi também um dos fatores que contribuiu para o fortalecimento do binômio mãe e filho (GRASSI, 1989).

mulheres, conseguindo a confiança antes não conquistada pelos puericultores (GRASSI, 1989).

As visitadoras teriam virtudes consideradas como inatas ao sexo feminino, seriam doces, saberiam ouvir e aconselhar além de serem possuidoras de grande generosidade. Tais concepções de gênero contribuíam para que o ideário da mãe cuidadora, os princípios morais estabelecidos na época e as divisões de função de acordo com o sexo configurassem como questões não questionáveis. O saber médico hegemônico contribuía assim para as divisões e caracterização das funções de homens e mulheres na sociedade. As visitadoras então reproduziam os discursos médicos que consideravam os seus trabalhos “requisito para ganarse la “confianza” de los asistidos, haciendo de ellos “colaboradores” de la cruzada para la higiene del cuerpo y el virtuosismo de la moral obrera” (GRASSI, 1989, p. 72).

Os médicos, na tentativa de diminuir as distâncias entre as mães e as instituições médicas, utilizaram de argumentos que iam desde a exaltação dos vínculos afetivos entre mãe e filho até o discurso que considerava a mulher como detentora dos saberes sobre os cuidados das crianças (BILLOROU, 2007). A estratégia utilizada para a inserção das práticas educadoras em saúde por meio das visitadoras foi considerada uma estratégia com bons resultados entre os médicos. Assim, com a intervenção das visitadoras e com as mães executando as práticas de fortalecimento do instinto maternal, o binômio mãe e filho configurou-se como uma prática moralmente estabelecida na sociedade (GRASSI, 1989).

Nesse contexto, o trabalho remunerado das mulheres surge como uma afronta às proposições médicas sobre a maternidade. De acordo com suas colocações o reconhecimento do trabalho da mulher nos espaços sociais configuraria em uma ameaça ao ideário de maternidade estabelecido pelo modelo biomédico. O trabalho da mulher nos espaços públicos colocaria em risco a educação e o cuidado dos filhos. Na visão dos puericultores a maternidade deveria então ser exercida em tempo integral, não havendo a possibilidade de ser exercida por terceiros (BILLOROU, 2007). Estas concepções presentes nos discursos médicos alocariam a maternidade unicamente no campo do biológico naturalizando suas implicações no cuidado da saúde dos filhos.

Os médicos enfatizaram a dissociação entre a maternidade e o trabalho remunerado. Esta dissociação ocorreu por considerar essa dissociação prejudicial ao

momento vivenciado da maternidade, o trabalho colocaria em risco tanto a mãe quanto o filho uma vez que provocaria condições de cansaço nas mulheres. Outra questão que permaneceu no discurso médico relacionava-se com a prematuridade e o trabalho assalariado, as mulheres durante tempos foram culpabilizadas pelo nascimento dos bebês prematuros. De acordo com o discurso médico, a mulher trabalhadora impactou de forma negativa na saúde das crianças. Os posicionamentos que iam contra a lógica estabelecida pelos médicos eram vistos como atitudes não condizentes com as funções maternas, nessa perspectiva, as mulheres deveriam possibilitar as condições para que as crianças nascessem e crescessem sadias (BILLOROU, 2007).

A constante presença das mulheres nos ambientes médicos fez com que novas formas de se enxergar o ideário mãe-filho fossem pensadas. A partir destas novas formas de convivência e interação entre as mães e os profissionais da saúde foi possível que o discurso médico visualizasse a saúde da criança ligada indissociadamente da saúde materno infantil (BILLOROU, 2007). A mãe seria o elo que ligaria a criança aos sistemas de saúde, sendo ela também a responsável pela manutenção e pela execução dos cuidados com a criança.

A visão moralista dos sanitaristas e puericultores influenciou também a saúde pública e as ações em saúde da mulher, voltadas para a atenção materno infantil, reforçando a responsabilização da mulher enquanto mãe no cuidado dos filhos e filhas (BOARETTO, 2000). Cuidar da saúde da mulher nesse momento era cuidar para que o futuro e a saúde das crianças fossem garantidos. Assim, no próximo tópico trataremos das questões ligadas às políticas de saúde voltadas para as mulheres analisando a forma como essa temática ganhou relevância na agenda pública brasileira.

3.3 A saúde da mulher no contexto da política social brasileira

Como vimos anteriormente, a valorização da mulher nos espaços relacionados à saúde esteve ligada à valorização da figura da criança na família. Dessa forma foi possível notar que a saúde da mulher ganhou importância na agenda dos governos primeiramente pela via da saúde materno infantil. No Brasil, até os anos de 1970, as políticas voltadas para a saúde da mulher tinham como foco medidas para o controle das

taxas de fecundidade, a atenção à saúde da mulher era então voltada para o “ciclo grávido-puerperal, no âmbito dos programas de assistência materno-infantil” (COSTA & AQUINO, 2000, p. 185). As políticas da década de 1970 que tinham as crianças como principais sujeitos, eram embasadas nas perspectivas de defesa, proteção e cuidado. Nessas políticas era possível perceber a clara naturalização das distinções entre os sexos e a ênfase dada ao exercício do cuidado pelas mulheres.

As autoras Costa & Aquino (2000) partem da análise do pensamento neomalthusiano, que surge na década de 1960, para exemplificar a ambiguidade do governo brasileiro ao trabalhar com a temática da saúde da mulher. O pensamento neomalthusiano versava sobre o controle da natalidade nas populações, essa proposição de controle estava ligada quase que exclusivamente às mulheres, o controle da natalidade deveria ser estabelecido de forma interventiva nos corpos das mulheres. De acordo com esse pensamento, elas seriam as únicas responsáveis pela concepção e pela contracepção.

O governo brasileiro, nos anos 1960, teve como foco as políticas de saúde da mulher voltadas para a assistência materno infantil, as estratégias para conter os altos índices de natalidade eram um desafio. O posicionamento ambíguo entre ser controlista ou anticontrolista teve como desdobramento a falta de políticas e programas voltados para ações de contracepção e técnicas contraceptivas que permitissem um maior monitoramento das populações, principalmente das populações mais pobres. As ações em território brasileiro relacionadas à difusão dos meios contraceptivos, nesse momento, eram realizadas principalmente e em pequena escala por entidades privadas estrangeiras (COSTA & AQUINO, 2000).

No decorrer da década de 1970 o quadro encontrado na saúde continua por definir um tom de ambiguidade nas ações controlistas. É somente no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, período esse que compreende o processo de democratização da saúde e a proposta de Reforma Sanitária, que emergem os questionamentos sobre a atenção a saúde da mulher juntamente com os questionamentos relacionados à democratização e à cidadania (COSTA & AQUINO, 2000).

Os anos 1980 convergiram e configuraram grande efervescência no cenário político brasileiro, o movimento feminista e o movimento de mulheres lutavam pelo restabelecimento da democracia e pela defesa de seus direitos enquanto mulheres. É

nesse cenário de lutas que no ano de 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) surge como política nacional, representando um marco nas políticas públicas voltadas para as mulheres (OSIS, 2009).

As diretrizes gerais do PAISM enfatizavam a profissionalização e capacitação dos sistemas de saúde para atender as demandas relacionadas às mulheres, propunham ações para o controle das enfermidades prevalentes neste grupo além de ações voltadas para a promoção da saúde das mulheres (COSTA & AQUINO, 2000). Esses fatores contribuíram para que o direito à fertilidade fosse regulado como sendo um “direito social” (COSTA & AQUINO, 2000, p. 186), contribuindo assim para ampliar a visão de integralidade na saúde e para que as mulheres fossem vistas como sujeitos sociais com especificidades muito além das características relacionadas às reprodutivas.

Ainda de acordo com o PAISM, as atividades relacionadas à regulação da fecundidade estariam voltadas para ações complementares às ações materno infantis, as mulheres teriam acesso às informações e meios para realizar o próprio controle e regulação da fertilidade. O planejamento familiar também é uma medida adotada pelo programa, suas bases enfatizam a desvinculação do caráter coercitivo por parte do Estado e dos profissionais da saúde em caso de não adesão das famílias. Assim, caberia ao Estado os meios para proporcionar a difusão de informações para que homens e mulheres organizassem e planejassem suas famílias (OSIS, 2009).

As ações em saúde da mulher seriam desenvolvidas integralmente, contando com assistência ao pré-natal, puerpério, ações educativas e abordagem clínico-ginecológica, numa perspectiva de totalidade para além da assistência à saúde voltada para a dimensão procriativa. O PAISM demonstrou como alternativas podem se tornar ações propositivas concretas em saúde. Além das ações descritas, o PAISM carregaria consigo idéias e reflexões do movimento feminista, o programa possibilitaria reflexões sobre a autoridade e o poder biomédico, idéias para o incentivo de práticas educativas em saúde além de posicionamentos contra políticas demográficas (BOARETTO, 2000).

O protagonismo das mulheres na formulação de políticas e na tomada de decisões na gestão da saúde no país na década de oitenta foi outro grande avanço no campo da saúde da mulher. A entrada das mulheres no campo político possibilitou a construção de novas formas de se pensar as políticas voltadas para as mulheres. Com essa entrada foi possível iniciar um movimento de desconstrução das representações do

corpo feminino e a alocação das funções femininas como ligadas às esferas da reprodução e da sexualidade nas políticas, sendo um grande passo para as mulheres e para a sociedade (COSTA & AQUINO, 2000).

Vinculada à questão da saúde da mulher, está inegavelmente a questão dos seus direitos reprodutivos. Até os anos 1970 havia por parte dos governos um controle coercitivo da natalidade. Mulheres e homens não possuíam a possibilidade de planejar suas famílias, os métodos contraceptivos não eram amplamente difundidos pelo Estado, o que acarretava em proles numerosas. A visibilidade às questões reprodutivas, agora sob o enfoque dos direitos, foi um importante passo para que homens e principalmente as mulheres pudessem exercer sua sexualidade de forma livre tendo a possibilidade de escolher ou não pela maternidade (SCAVONE, 2004).

3.4 Direitos reprodutivos

Os direitos reprodutivos das mulheres começaram a ganhar visibilidade no ano de 1984 com o I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã. As discussões propostas nesse encontro tiveram como pontos centrais as denúncias de políticas demográficas de controle populacional em países da África e questões relacionadas às novas tecnologias conceptivas implementadas nos países desenvolvidos (SCAVONE, 2004).

Foi a partir dessa iniciativa que a construção do conceito de direitos reprodutivos, que teve no movimento feminista a sua origem, começou a se definir também como direitos humanos (MATTAR, 2008). Foi na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo, Egito em 1994 e posteriormente na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim no ano de 1995 que o conceito de direitos reprodutivos foi firmado como direito à contracepção e à livre escolha da maternidade e direito à saúde sexual reprodutiva.

Para o movimento feminista o avanço concernente aos direitos reprodutivos refletia ganhos à luta pela visibilização das bandeiras das mulheres no âmbito político. No que tange o pensamento feminista, esse era o momento propício para que os questionamentos sobre as relações de gênero ganhassem força tanto no debate público quanto nas questões envolvendo as dinâmicas familiares consideradas de domínio do

espaço privado. Não se tratava somente em dar visibilidade às questões do âmbito privado, mas sim de ir adiante com a luta pela busca da equidade de gênero (SCAVONE, 2004).

No Brasil, o debate sobre as questões reprodutivas ganharia força no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, período pós ditatorial, em que o ideal democrático surgia reafirmando a luta do movimento feminista pela equidade de gênero. Foi a partir dessa democratização política que a noção dos direitos reprodutivos obteve maior espaço, questões envolvendo a contracepção, a assistência à saúde e a legalização do aborto começaram a ser debatidas (SCAVONE, 2004) no meio nacional e internacional.

As altas taxas de mortalidade maternas, os partos ou abortos em condições adversas, as altas taxas de câncer de colo no útero, a disseminação da AIDS e o número elevado de filhos por família nos países em desenvolvimento fizeram com que os organismos internacionais voltassem seus olhares para a saúde da mulher. Outra questão que entra na pauta dessas discussões refere-se ao uso de novas tecnologias conceptivas que carregam consigo questões de foro ético bastante polêmicas (MATTAR, 2008). Assim os governos em uma perspectiva reguladora começam a adotar políticas demográficas e controladoras para conter a aumento da população e também para conter as possíveis disseminações de doenças.

As principais técnicas adotadas no Brasil para conter a taxas de fecundidade eram configuradas nas amplas campanhas de disseminação do uso de contraceptivos e na esterilização feminina em massa (SCAVONE, 2004). Contrariamente ao posicionamento feminista, tais medidas de controle quebravam a construção dos direitos das mulheres de decidir sobre seus próprios corpos, se tornavam medidas impositoras que ao invés de serem alternativas que permitissem às mulheres a possibilidade de escolha da maternidade as colocava como alvos de políticas de controle demográfico (ALVARENGA & SCHOR, 1998).

A politização do debate em torno das práticas de esterilização, do aborto, da maternidade e das novas tecnologias conceptivas e contraceptivas repercutiu em nossa sociedade de formas diversas. De acordo com Scavone (2004), a defesa dos direitos reprodutivos se desdobrou para a defesa dos direitos individuais, os direitos reprodutivos estariam perdendo sua força política. O foco para a utilização das

tecnologias conceptivas e contraceptivas voltou-se para tratar o direito individual de uso das tecnologias e não mais para tratar as implicações destas tecnologias sobre a saúde.

Assim, o amplo debate construído ao longo dos anos sobre os direitos reprodutivos perde em qualidade, o mercado lança mão de novas tecnologias que favorecem a diminuição das taxas de fecundidade, permitindo uma maior distribuição de produtos contraceptivos em farmácias. Ao mesmo tempo o movimento feminista continua sua luta pela maternidade e pela não maternidade, buscando políticas públicas de saúde que dêem mais autonomia e liberdade às mulheres (ALVARENGA & SCHOR, 1998).

A partir do debate teórico realizado, no decorrer das seções anteriores, o próximo capítulo objetiva contextualizar o ambiente da UTI Neonatal – momento necessário para entendermos as dinâmicas organizacionais estabelecidas neste ambiente – para, posteriormente, analisar os dados coletados, à luz das teorias utilizadas e do contexto hospitalar em questão.

CAPÍTULO IV - A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA

O trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tem como objetivo a assistência às crianças recém-nascidas e bebês que tiveram complicações durante o parto, ou que tiveram reações posteriores a ele. O trabalho nesse ambiente exige empenho e um grande arcabouço teórico científico por parte dos profissionais (DUARTE & ELLENSOHN, 2005). No Brasil, a prática da terapia intensiva neonatal teve nos últimos vinte anos um grande crescimento, acompanhando a disseminação das novas tecnologias e avanços difundidos de acordo com as tendências mundiais (BARBOSA, 2004).

A UTI Neonatal possibilitou a ampliação do atendimento aos recém-nascidos, permitindo uma maior sobrevivência dos neonatos, aumentando e melhorando sua qualidade de vida (REICHERT *et al.*, 2007). Na busca pela saúde dos recém-nascidos, muitas medidas foram tomadas visando à humanização no atendimento às mulheres mães e aos familiares. Destaca-se aqui a figura da mãe como a cuidadora dessas crianças no período de internação na UTI Neonatal. Essas medidas, como veremos a seguir, configuram-se na enfermaria da Mãe Nutriz e na aplicação do Método Canguru, este último, utilizado no tratamento dos recém-nascidos e/ou baixo peso como auxílio para ganho de peso. Essas iniciativas no contexto hospitalar nos permitem analisar suas dinâmicas pelas lentes das representações de gênero construídas e reproduzidas socialmente.

4.1 Normas da enfermaria Mãe Nutriz: Uma Questão de Gênero?

A enfermaria da Mãe Nutriz destina-se a receber as mulheres usuárias dos serviços de saúde que encontram-se com seus filhos internos na UTI Neonatal, na maioria das vezes, são mulheres que acabaram de dar a luz e que já receberam alta médica. Assim, em conformidade com o Art. 12 da lei de número 8.069/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, toda instituição de atendimento à saúde deve proporcionar a permanência por tempo integral de um acompanhante, pais ou responsáveis, em casos de internação das crianças e adolescentes (BRASIL, 1990).

Essa lei vale tanto para os casos envolvendo a internação de crianças na pediatria como também para as crianças que encontram-se internadas na Unidade de Neonatologia. Apesar da lei indicar a garantia da presença de mecanismos que favoreçam a estadia constante dos familiares no ambiente hospitalar para acompanhar as crianças, o que se percebe é que na prática, a concretização desse direito, pelas unidades de saúde, e no HRC em particular, apontam o reconhecimento e a responsabilização das mulheres/mães pela dimensão do cuidado.

A enfermaria da Mãe Nutriz - como o próprio nome já sugere - é destinada unicamente para a acomodação das mulheres que estão acompanhando seus filhos na UTI Neonatal, sendo assim um espaço considerado feminino. Não há nesse espaço acomodações para a família e para os pais dessas crianças. As mulheres que ainda não estão amamentando seus bebês não precisam ficar integralmente na enfermaria da Mãe Nutriz, a elas é dada a oportunidade de passar o dia no hospital, tendo a flexibilidade para transitar entre sua casa e o hospital. Já as mulheres cujos bebês estão em fase de amamentação precisam permanecer integralmente no hospital, essa norma foi estabelecida muito em função da amamentação ser realizada também no período da madrugada.

A instituição busca garantir essa organização estabelecida entre a enfermaria da Mãe Nutriz e as normas hospitalares, mediante um conjunto de normas intituladas “Normas da Sala da Mãe Nutriz” (anexo III), elaboradas pelos profissionais da UTI Neonatal. Essas normas referem-se a uma série de apontamentos prementes para a boa convivência entre as mulheres que compartilham o espaço da enfermaria, bem como para a organização hospitalar. Além de normatizar a rotina das mulheres alojadas na enfermaria da Mãe Nutriz, o conjunto de normas tem também como objetivo estabelecer a relação dos horários de visita na UTI Neonatal:

16. Horário de visitas dos Pais dos Bebês no berçário:

- 20 minutos pela manhã, entre 09 e 12 h;
- 20 minutos à tarde, a partir de 14:30 h;
- 20 minutos à noite.

O horário de visitas dos avós é das 16:15 às 17:45, diariamente (NORMAS DA SALA DA MÃE NUTRIZ).

De acordo com essas normas, enquanto as mulheres possuem livre acesso ao espaço da UTI Neonatal, podendo permanecer em tempo integral no hospital para cuidar de seus filhos, os avôs e as avós e os pais dessas crianças possuem horários regrados, os avós possuem uma hora do período da tarde para realizar as visitas e os pais possuem a oportunidade de visitarem seus filhos nos três períodos do dia, por um curto período de tempo. Essas normas indicam assim a reprodução de concepções acerca das funções maternas ligadas ao cuidado e as funções paternas ligadas à figura do provedor da casa (COSTA, 1999). De acordo com essa visão, os cuidados primários à saúde do recém nascido teriam a mulher como sua executora, já o pai estaria, neste momento, buscando os meios para a sobrevivência da família.

As normas da Sala da Mãe Nutriz são seguidas por funcionários e usuários sem que seja feita uma problematização das questões referentes ao gênero. Durante a permanência da pesquisadora na instituição, ainda como estagiária, observou-se que as mulheres detinham uma carga de responsabilização que muitas vezes tornava o processo de internação e acompanhamento das crianças muito difícil. Em poucos momentos foi feita uma reflexão analítica sobre como as diferenças nos horários de visitas podem contribuir para a reprodução das dinâmicas familiares e das representações de gênero.

É possível inferir na análise que nessa normatização as mulheres exercem as funções de cuidadora no campo da saúde. O discurso médico, construído historicamente, possibilitou a internalização das normas médicas que tinha as mulheres como centrais no exercício do cuidado, essas normas regulariam até mesmo a presença das mulheres no ambiente hospitalar. De acordo com esses discursos, a presença das mulheres durante todo o processo de internação das crianças seria muito importante para a recuperação e desenvolvimento da criança (BILLOROU, 2007).

Assim, as normatizações de horários de visitas podem vir a contribuir para que de alguma forma haja uma reprodução de valores relacionados às funções maternas e paternas, vindo a contribuir também para a reprodução do cuidado como prática sexuada relacionada ao sexo feminino (CARVALHO, 1998). O espaço hospitalar pode paradoxalmente ser um espaço para a discussão e ampliação das possibilidades de responsabilização mais equitativa entre mulheres e homens- o mesmo se pode dizer da existência de espaços para acolhimento de outros integrantes do grupo familiar, em especial, para os pais.

O serviço social pode contribuir de forma participativa nesse processo de visibilização das questões relacionadas ao gênero no ambiente hospitalar. Ele pode atuar promovendo ações e políticas que enfatizem as questões referentes às funções paternas e maternas além de poder trabalhar outras questões, como a parentalidade, contribuindo para que a carga de responsabilização materna nesses e nos demais espaços possa ser minimizado.

4.2 O Método Canguru e as percepções de gênero

O Método Canguru ou Programa Mãe Canguru faz parte de um conjunto de medidas estabelecidas pelas políticas de humanização do atendimento neonatal. O Programa Mãe Canguru tem sido adotado por inúmeros hospitais públicos brasileiros que possuem convênio com o Sistema Único de Saúde. Esse método implica no contato pele a pele entre a mãe e o recém nascido de baixo peso estimulando o aleitamento materno e diminuindo a permanência hospitalar (MOURA & ARAÚJO, 2005).

O método prevê a presença de um adulto responsável no espaço do hospital, na maioria das vezes quem faz esse acompanhamento são as mulheres que estão com filhos internos na UTI Neonatal (MOURA & ARAÚJO, 2005). O método Canguru de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) consiste na colocação do recém nascido na posição vertical contra o peito do adulto, essa posição facilita, no caso da mãe estar realizando o canguru, o estímulo ao aleitamento.

Na descrição do programa feita pelo Ministério da Saúde, não há claramente a exigência da participação da mulher enquanto mãe, ele sugere em muitos momentos a presença de um adulto para realizar a posição canguru com os recém-nascidos. Embora o documento remeta claramente, em algumas passagens, à figura da mãe para a realização do canguru, ele enfatiza também a participação do pai e de familiares para realizarem o método:

Ressaltar, sempre, a importância da atuação da mãe e da família na recuperação da criança. Nas situações que as condições clínicas da criança permitirem, deverá ser iniciado o contato pele a pele direto, entre mãe e criança, progredindo até a colocação do recém-nascido sobre o tórax da mãe ou do pai. (BRASIL, 2000, p. 03).

De acordo com Moura & Araújo (2005) a prática do canguru é valorizada como uma prática ligada ao cuidado. Suas materializações e as tendências relacionam, no que refere às questões de gênero, com os sujeitos e os contextos sócio histórico em que se concretiza a iniciativa. Geralmente a pessoa que exerce a função materna nesse período é a mesma pessoa que pratica o método canguru. Deve-se destacar que as normativas que regulamentam a utilização do Método Canguru são pouco específicas no que diz respeito à pessoa que deve exercer as funções maternas nesse período de internação, permitindo assim a sua adaptação às diversas realidades institucionais. Essa adaptação pode conter implicações tanto positivas quanto negativas para a reprodução das construções sobre a maternidade e o cuidado, na medida em que reforcem ou contestem representações mais ou menos representativas do ponto de vista do gênero, sobre a paternidade e a maternidade. Moura & Araújo (2005) discorrendo sobre a flexibilidade das normativas que regem o Método Canguru destacam que:

(...) um de seus aspectos positivos, termina por conferir-lhes um caráter inespecífico que, aberto a muitas interpretações, vão reverberar nas normas, também múltiplas, que esta proposta assume nas várias instituições que as empregam. Por outro lado, as normativas que ora se apresentam flexíveis, em outros momentos tomam as concepções de maternidade e das práticas de maternagem como homogêneas por todo o campo social, ignorando sua produção histórica e material. Assim utilizam como referência um modelo de família bastante comum, mas não unívoco, ancorado na organização pai-mãe-filho e na valorização do amor materno. Este modelo, quando generalizado a todos os usuários do programa, promove a naturalização de práticas que são sociais (Moura & Araújo, 2005, p. 39).

Ou seja, propostas tais como o Método Canguru, ou como é mais conhecido, Método Mãe Canguru – reforçando as funções maternas do cuidado – ganham maior efetividade, no campo do social, pelas práticas adotadas por profissionais da saúde e usuários. Moura & Araújo (2005) acreditam que as diversas ações dos profissionais e dos usuários implicam sempre em uma produção de sentidos. Esses sentidos, no caso do Método Canguru, recaem muitas vezes sobre a função materna, conferindo a ela atribuições e características. A difusão-adoção do termo Mãe Canguru, para referir-se ao método, por exemplo, indica uma determinada produção de sentido que reforça as funções maternas no cuidado. Como assinalam as autoras,

(...) os sentidos sobre a maternidade e a maternagem circulam durante a realização do programa, de uma maneira que pode ou não coadunar com a proposta inicial inscrita em suas normativas e que não depende só do sucesso ou do fracasso de seus objetivos. Tanto do ponto de vista da equipe de saúde quanto dos usuários, essa prática implica na construção de uma forma de pensar, sentir e agir cujo teor e direção nem sempre coincidem com o que o programa se propõe a favorecer: a recuperação do bebê, o vínculo mãe-filho e a humanização das práticas de atenção neonatal (Moura & Araújo, 2005, p. 39).

Destaca-se aqui a importância dada ao fortalecimento do vínculo mãe-filho. Esta ligação, reforçada pelo fortalecimento do instinto maternal estabelecido pelo discurso médico, propiciou meios para que o binômio mãe e filho se configurasse como uma prática social moralmente aceita (GRASSI, 1989), propiciando também representações sobre a maternidade indissociadas da figura da mãe cuidadora moralmente correta.

4.3 Representações sobre maternidade e paternidade na atenção à saúde de crianças na Unidade Neonatal do HRC

De acordo com Minayo (2008), as representações sociais se revelam e se institucionalizam por meio da linguagem, sendo, portanto, necessário analisá-las a partir do entendimento das suas estruturas, das condutas e dos comportamentos sociais. A linguagem mesmo traduzindo um “pensamento fragmentário” (MINAYO, 2008, p. 108) e referindo-se a alguns aspectos das experiências pessoais vividas tem a capacidade de auxiliar na visualização da realidade social, é por meio dela que os atores sociais constroem suas vidas e explicam suas realidades de acordo com os conhecimentos apreendidos.

Essas representações podem ser analisadas criticamente, pois se referem às realidades vivenciadas pelos diversos sujeitos sociais de diversas culturas. Portanto, as diferentes formas de enxergar a realidade social podem expressar certa contradição de pensamento, já que algumas representações sociais podem ser mais expressivas em uma determinada cultura, revelando a visão de mundo de uma geração. Outro aspecto importante a ser ressaltado, refere-se ao fato de que as representações sociais em muitos casos não se configuram de forma consciente, são muitas vezes vistas, dentro de um contexto social, como representações naturalizadas e comuns, sendo reproduzidas pelas

próprias estruturas de pensamento coletivo. Assim, mesmo que as representações sociais compreendam ilusões, veracidade e contraditoriedade elas podem também ser consideradas um terreno fértil para a análise social (MINAYO, 2008).

Tendo como objetivo buscar entender as representações de gênero dos profissionais da UTI Neonatal sobre a maternidade, e partindo do princípio da importância da análise das representações sociais para a compreensão da realidade, a seguinte questão foi lançada aos sujeitos entrevistados: “Fale um pouco sobre o que você acha que é ser mãe”. As respostas obtidas, além de refletir as construções e reproduções sociais, refletem um pouco da vivência de cada um dos sujeitos entrevistados, lembrando que todas as pessoas que concordaram participar das entrevistas eram do sexo feminino.

Uma questão muito presente nas falas dos sujeitos entrevistados referia-se a ligação da palavra mãe à palavra amor, em muitos momentos é possível enxergar nas falas a importância da maternidade na vida de cada um dos sujeitos.

Ser mãe é ótimo, maravilhoso. Se eu soubesse no meu entender, na minha imaginação que amar os filhos era tão grande, era tão sublime eu não tinha tido eles pra mim, ia ficar lá dentro de mim, quietinho, não ia botar no mundo não. Mas eu não me arrependo de ter tido filhos não, é muito bom, é maravilhoso. Um dia você vai ser mãe e vai pensar assim (Participante B).

Vale aqui retomar Giddens (1993) quando destaca a idealização materna no processo de valorização da maternidade, estabelecida pela construção do ideário do amor romântico, considerado um sentimento alocado no campo do feminino. As divisões das funções masculinas e femininas na família e na sociedade privilegiaram as mulheres como as detentoras do amor – chamado de amor materno, esse amor conferiria à mulher mãe a responsabilidade pela manutenção e cuidado dos filhos, reforçando o vínculo mãe e filho e as funções do cuidado com a saúde das crianças.

No último trecho da fala da participante B, é possível notar a questão da maternidade também como uma função natural da mulher. De acordo com essa fala, é possível inferir que a mulher que não exerce a maternidade pode ser vista como uma mulher incompleta. Nesse contexto, ser mãe é também uma possibilidade de realização feminina, sendo uma forma que essas mulheres encontram de se realizarem (SARTI,

2001). Esse aspecto pode ser percebido também na fala da participante A:

Pra mim ser mãe é maravilhoso, a maternidade pra mim é tida como uma missão, é muito importante na vida de uma mulher (Participante A).

Ainda nessa perspectiva foi possível notar que a maternidade conferia às mulheres responsabilidades em cuidar dos filhos independentemente das demais funções desempenhadas anteriormente nos espaços públicos.

Ser mãe é você deixar as coisas que não tem tanta importância pra você assumir aquela vida, aquela vida ali vai depender de você. Diferentemente dessas coisas de homem e mulher, é pra vida toda né, é um sentimento de unidade muito grande é... é saber que você gerou algo dentro de você e que você tem que zelar pelo resto das suas vidas, mesmo quando se tornarem independentes (Participante C).

De acordo com esta fala, a maternidade estaria ligada ao desprendimento, ser mãe seria desprender-se, numa perspectiva da maternidade vista de forma altruísta. A maternidade conferiria à mulher o comprometimento com a família e com os filhos, seria das mulheres a responsabilidade de dar prioridade ao espaço da família em detrimento dos espaços públicos de trabalho. Essa visão contribui para a reprodução do discurso médico. Como já mencionado, este discurso considera as mulheres como centrais no cuidado infantil. Durante um longo período puericultores avaliaram o trabalho remunerado como uma afronta às suas proposições sobre a maternidade, nesta perspectiva, a maternidade deveria então ser exercida em tempo integral (BILLOROU, 2007). Além de reforçar o cuidado materno na saúde, a fala da participante C revela concepções destacadas por Sarti (2003), referentes ao espaço da casa como objeto de poder das mulheres. São elas que muitas vezes abdicam de seus empregos para realizarem o cuidado dos filhos, sendo assim responsáveis pela coesão familiar enquanto o homem, na maioria das vezes, por deter o potencial econômico, figura-se como chefe da família.

Para além dessas percepções mais genéricas sobre a maternidade, também foi possível encontrar na fala das participantes questões referentes ao modelo contemporâneo da maternidade. O vínculo empregatício, a dupla jornada de trabalho, a sobrecarga de tarefas e mesmo as questões referentes à vontade de ser mãe fizeram com

que as mulheres repensassem a maternidade (SCAVONE, 2001). Assim, a maternidade teria mais a ver com a disponibilidade em ser mãe do que com a sua naturalização.

[...] eu acho que ser mãe tem a ver com disponibilidade interna, tem gente que não tem essa disponibilidade, pelo menos naquele momento não está tendo condições de ter, então aí você já começa a perceber porque algumas mães vivem conflitos tão delicados com o filho aqui na UTI [...] (Participante D).

[...] ser mãe é isso, ter essa vontade de ser mãe, ter uma estrutura pra ser mãe, e é claro que tem que estar no momento certo pra ser mãe (Participante E).

Dessa forma, as novas tecnologias voltadas para a saúde reprodutiva e os novos métodos contraceptivos permitiram às mulheres uma maior capacidade de planejar suas vidas e de terem maior controle sobre seus corpos. Essa abertura conferiu a elas maior autonomia além de possibilitar a escolha de caminhos diferentes do caminho da maternidade (SCAVONE, 2001).

Seguida da pergunta sobre “o que é ser mãe”, foi lançada a esses mesmos sujeitos de pesquisa a seguinte questão: “O que você acha que é ser pai”. Com esse questionamento foi possível detectar diferentes percepções sobre a paternidade. Em algumas respostas obtidas alguns aspectos propuseram questões convergentes. Questões como a autoridade paterna e a complementaridade das funções paternas e maternas foram pontos muito presentes nas entrevistas. No que tange à autoridade paterna é possível notar que as hierarquias de funções e de poderes dentro das famílias conferem aos homens uma autoridade que é personificada na figura masculina (SARTI, 2003).

[...] o pai é também o modelo né, é o exemplo dos filhos, os filhos se espelham muito no pai né, não só pela mãe, mas pelo pai também, eu tenho experiência própria na minha família (Participante B).

A figura do pai é vista como uma figura moralmente correta, sendo um modelo de conduta para os filhos. Na fala da participante B é possível notar também a reprodução desses valores no espaço da família, a autoridade paterna é então alocada no campo da integridade e do respeito na família, já a autoridade materna é configurada na responsabilidade da mulher em manter a casa e a harmonia na família (SARTI, 2003). Enquanto a mulher mãe teria como função desprender-se das atividades “que não tem

tanta importância”, assim como visto anteriormente na fala da participante C, a paternidade conferiria ao homem a realização, o orgulho em ser pai. O homem se realizaria na paternidade, por ter gerado uma vida.

[...] a presença do pai também é muito importante, porque o pai além de ser o protetor tem a firmeza que é muito importante (Participante A).

Acho que ser pai é realizar-se, saber que você gerou algo né, e você tem que responsabilizar pelos atos e pelas atitudes né, a vida toda. Um sentimento assim grandioso [...] (Participante C).

A responsabilização paterna difere-se da responsabilidade materna. É possível notar pela fala da participante C que o pai possui a responsabilidade de cuidar dos filhos no âmbito dos espaços públicos, zelando por seus atos e atitudes aceitas ou não socialmente. A responsabilidade materna estaria alocada no espaço do cuidado dos filhos, seria da mulher a responsabilidade de cuidar da saúde das crianças bem como os cuidados referentes à educação e higiene, restringindo assim a responsabilização materna ao espaço privado da família (SARTI, 2003). Já na fala da participante B podemos notar claramente as funções paternas ligadas à proteção da família, seja ela uma proteção econômica ou uma proteção moral. De acordo com essa fala, o homem é o responsável pela estrutura e firmeza na família, o que nos leva a inferir que tais visões contribuem para que haja um reforço das funções masculinas ligadas à figura do homem provedor (SARTI, 2003).

A questão da complementaridade das funções materna e paterna foi muito ressaltada no decorrer das entrevistas. O homem enquanto pai é visto também como um companheiro e aliado no momento de internação dos filhos e filhas. Os profissionais da saúde procuram articular a rede familiar das mulheres, buscando responsabilizar o homem pela paternidade no sentido de que haja uma responsabilidade compartilhada entre o casal no cuidado com os filhos, evitando que todos os cuidados recaiam sobre a mulher.

[...] o nosso atendimento com o pai tem como objetivo principalmente de responsabilizar o pai por esta paternidade, nós mostramos pra ele que não é só da mãe não, é do pai também. A forma que vemos de conquistá-lo né, se ele não se sente pai, até porque a maioria das

nossas grávidas aqui não foram planejadas né, esse vínculo fica muito mais difícil (Participante E).

Eu acho o pai em relação à mãe tem que passar confiança, porque a mãe sempre está mais abalada devido a passar por uma cirurgia, parto normal mesmo porque o organismo já fica muito menos resistente né, tanto emocionalmente, e assim a importância dos dois estar juntos pra um apoiar o outro né (Participante C).

Nessas falas podemos notar a presença dos discursos sobre as funções paternas ligadas ao apoio à mulher. Mesmo os participantes que em seus discursos descreveram o questionamento sobre “o que é ser pai” relacionando-o a figura da autoridade na família, por vezes relatou a importância da complementaridade e do apoio à mulher no período de internação dos bebês. De certa forma é como se as categorias “paternidade/autoridade” e “complementaridade” configurassem como categorias passíveis de conexões. Aqui podemos ver claramente o fato das representações sociais não serem necessariamente representações conscientes, demonstrando que em muitos momentos elas podem configurar-se de forma contraditória e até mesmo confusa (MINAYO, 2008).

4.4 A maternidade e o cuidado

As mulheres que estão acompanhando seus filhos e filhas na UTI Neonatal passam por momentos de muito estresse, ansiedade e preocupações, se preocupam com a saúde de seus filhos internos, com os filhos que deixou em casa, com o marido e com a família (SILVA, 2008). Essas preocupações refletem o papel do cuidado na vida dessas mulheres, na maioria das vezes é delas a responsabilidade com as tarefas de casa, com o cuidado dos filhos e com cuidado de membros da família (GUIMARÃES, 2008).

[...] é mãe preocupada com os filhos em casa, preocupada se o pai está cuidando direito, aí ela tá lá e recebe uma ligação de que o gás em casa acabou, como é que ia fazer comida para os meninos, então como que essa mãe ia dar conta de absolver tudo isso que eu estava falando com a cabeça em outro lugar [...] (Participante D).

É perceptível notar que as responsabilidades, por vezes conferidas a estas mulheres, ocasionam uma sobrecarga de tarefas que interferem muitas vezes na

capacidade de absorção das orientações passadas pelos profissionais da UTI Neonatal, refletindo também em seu controle emocional.

Nesse período não é fácil não, é um momento muito difícil para a mulher, né, é o momento dela, ela está sobrecarregada porque como bebê prematuro ela tem que passar muito tempo aqui dentro, tem hora que estressa mesmo, então não é fácil, é um período muito difícil para a mulher [...] (Participante E).

Na fala da participante E, podemos notar como o cuidado é tomado como prática sexuada voltada para o sexo feminino (GUIMARÃES, 2008). A saúde figura-se como um campo profícuo para a reprodução das representações concernentes as funções da mulher ligadas ao cuidado materno. Como assinalamos anteriormente, a partir do discurso médico de valorização da figura materna na saúde, as mulheres tornaram-se aliadas importantes para a prática médica, ganharam importância no discurso médico, contribuindo assim para o reforço do vínculo mãe e filho (BILLOROU, 2007).

As características aqui é cuidar diretamente do RN ³ né, colocar o binômio mãe e filho né, pra mãe entender esse binômio de mãe e filho, orientar a mãe por ser um prematuro. Então é cuidar dessa criança para que ela possa sair dessa fase de prematuridade e também de preparar a mãe para ela estar cuidando dessas crianças quando elas saírem daqui” [...] (Participante C).

A internalização das normas médicas, muito influenciadas pelos discursos médicos, contribuiu em grande medida para que a figura da mulher passasse a estar ligada à responsabilidade pelo cuidado dos filhos. É notório nas falas dos sujeitos entrevistados perceber como o discurso médico e as divisões de funções maternas e paternas estabelecidas entre os indivíduos constroem e reproduzem as representações da “mulher mãe” e do “homem pai”.

A mãe ela é sempre mais presente, mais preocupada né, em relação ao estado do bebê né, há exceções de pais também, tanto quanto a mãe, preocupados, e os pais eles são mais discretos em relação ao sentimento que tem em ver o filho dessa forma, não expressa tanto quanto a mãe o fato de preocupar. Agora eu acho que a mãe ela é

³ A sigla RN é utilizada pelos profissionais da saúde para designar o recém-nascido.

muito mais cuidadosa em relação aos filhos do que os pais. É porque também ela tem a maioria do tempo que estar presentes aqui né, ela fica praticamente vinte quatro horas e o pai vem nos horários de visita, então eles expressam menos preocupações que as mães (Participante C).

É possível notar nesta fala que a figura da mulher está ligada aos sentimentos e ao vínculo materno, as mulheres são vistas ainda como sendo dotadas de maior sensibilidade em relação aos homens. Em contrapartida, o homem, de acordo com a fala da participante C, tem que manter a postura de seriedade e frieza em relação às situações delicadas vivenciadas (WILSHIRE, 1997). Estas representações construídas socialmente reforçam e contribuem para que as concepções tradicionais e pouco equitativas do ponto de vista do gênero, sobre o cuidado e as funções femininas e masculinas sejam reproduzidas e mantidas na sociedade.

Algumas alternativas chegaram a ser sinalizadas por profissionais da UTI Neonatal, que integraram nossa amostra de pesquisa, com vistas a diminuir as desigualdades existentes nas relações de gênero, na esfera da atenção à saúde das crianças. Um primeiro movimento neste sentido relaciona-se com a mudança nos horários de visitas dos pais e familiares.

Isso é um projeto que a gente tem que apresentar, é que os pais aqui na nossa unidade não pudessem ter horários de visitas e os avós pudessem ter um horário um pouco maior, assim, isso eu penso hoje, claro que nem tudo que a gente pensa é exequível de imediato, claro que tem que planejar (Participante D).

Estas alternativas previstas pelos profissionais da UTI Neonatal podem repercutir de forma positiva na atenção à saúde da criança, contribuindo para mudanças na maneira de perceber e intervir em relação à atribuição de funções maternas e paternas, numa perspectiva de promoção de relações de gênero mais equitativas. O projeto voltado para a mudança nos horários de visita contribui assim para que questões referentes ao gênero e a parentalidade, possam ser trabalhadas no espaço hospitalar. A abertura do diálogo, além de possibilitar o debate sobre o gênero, pode também propiciar maior visibilidade para as questões relacionadas à saúde da mulher, possibilitando melhorias nos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar a perspectiva de gênero na saúde é sempre desafio surpreendente. Assim, a presente pesquisa buscou analisar as representações de gênero relacionadas à maternidade e ao cuidado que orientam a atenção à saúde das crianças na Unidade de Terapia Intensiva- UTI Neonatal do Hospital Regional de Ceilândia. O objetivo principal foi compreender quais eram estas representações de gênero relacionadas à maternidade e ao cuidado, tendo como horizonte a promoção da equidade de gênero. Afirmou-se então – como hipótese inicial de pesquisa – que a atenção à saúde das crianças na UTI Neonatal é orientada por representações sociais de gênero que colocam as mulheres como responsáveis por prover o cuidado de seus filhos, sendo o cuidado uma atividade considerada como atribuição do feminino. Perspectiva que vai de encontro à promoção de relações mais equitativas entre mulheres e homens, no interior das famílias.

A pesquisa realizada nos permite confirmar parcialmente a hipótese proposta. Foi possível inferir que as representações de gênero dos participantes refletem as concepções hegemônicas sobre a posição da mulher como cuidadora dos filhos. Estas representações podem ser percebidas, como vimos anteriormente, nas falas das participantes, nas normas da Enfermaria da Mãe Nutriz e também na aplicação do Método Canguru. Muito embora as políticas voltadas para a humanização do atendimento neonatal não explicitem quem deve exercer as funções maternas e as funções ligadas ao cuidado, as concepções e representações sociais do que é ser mãe e do que é ser pai presentes no imaginário e nas construções sociais de cada sujeito geram atitudes, que auxiliam ou dificultam o processo de valorização da mulher para além da figura da mãe cuidadora responsável pelos filhos. Dessa forma as políticas de humanização do atendimento neonatal sofrem adaptações, feitas pelos profissionais da saúde, que podem ser tanto positivas quanto negativas no que diz respeito à valorização da mulher como cidadã (MOURA & ARAÚJO, 2005).

Por outro lado, muitos são os esforços desses mesmos profissionais participantes da pesquisa em buscar alternativas para diminuir a pressão sofrida pelas mulheres nesse período. Há uma mobilização desses profissionais para que as mulheres possam passar por este período com o melhor suporte possível, seja ele um suporte dado pela equipe de

saúde envolvida no atendimento ao neonato bem com o envolvimento da família durante todo o processo. Algumas alternativas, como o projeto para a mudança dos horários de visita na UTI neonatal, podem representar terrenos férteis para que o debate sobre as questões de gênero possa ser estimulado.

É importante ressaltar aqui que a presente pesquisa também pode indicar possíveis contribuições para pesquisas posteriores. A questão da autoridade materna e do imaginário masculino, e de como esta autoridade é exercida na família foi pouco explorada no decorrer do trabalho, este foco pode possibilitar um maior entendimento das dinâmicas familiares. Espera-se que a pesquisa contribua para a abertura do diálogo de forma a suscitar reflexões sobre as visões tradicionais de gênero e possibilidades de intervenção orientadas à promoção da equidade de gênero.

A abertura do diálogo referentes às questões de gênero que se materializam na atenção às crianças da Unidade neonatal e no ambiente hospitalar, de modo geral, podem configurar melhorias nos serviços de saúde da mulher, possibilitando a garantia de seus direitos sociais, além de possibilitar a formulação de políticas de gênero que as incluam nos vários campos da vida social, garantindo maior autonomia (SANTOS, 2008). Esta visibilidade para a temática, ganha relevância também para os profissionais de saúde que atuam diretamente com as mulheres que se encontram alojadas na Enfermaria da Mãe Nutriz, contribuindo para que um novo olhar sobre as representações sociais de gênero possa orientar as práticas profissionais e a atenção à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Leila Sanches de. Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. **Revista do Departamento de Psicologia- UFF**, v. 19, n. 02, 2007, p. 411-422. Disponível em: http://www.uff.br/ichf/publicacoes/revista-psi-artigos/v19n2_cap10_maecuidadora.pdf. Acesso em 30 de novembro de 2009.

ALVARENGA, Augusta Thereza de; SCHOR, Néia. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v. 7, n. 1, jul. 1998. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901998000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 out. de 2009.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A .1978.

AQUINO, Estela M. L. Gênero e Saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista Saúde Pública**, Salvador, v. 40, 2006, p. 121-132. Disponível em> <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30631.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2009.

BANDEIRA, Lourdes. Relações de gênero: corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 180-197.

BARBOSA, Arnaldo Prata. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **Jornal de Pediatria**, vol. 80, n. 06, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n6/v80n6a02.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2009.

BILLOROU, Maria José. Madres y médicos em torno a la cuna. Ideas y praticas sobre el cuidado infantil (Buenos Aires, 1930-1945). **La Aljaba, Segunda Época**, vol. XI, 2007. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid57042007000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em 30 de novembro de 2009.

BOARETTO, Maria Cristina. Gênero e modelo de gestão em saúde: a experiência do Rio de Janeiro. In. **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília. Editora Universidade de Brasília, 2000.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 693, de 05 de junho de 2000 Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru/Recém-nascido de baixo peso. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port.%20693%20M%20MC.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2009.

BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as mulheres: princípios e diretrizes**. Brasília: SPM, 2008.

CARVALHO, M. C. B. **O lugar da família na Política Social**. São Paulo, Edições Fundap 1998.

CISNE, Mirla. Serviço Social: Uma profissão de mulheres para mulheres? Uma análise crítica da categoria gênero na histórica “feminização” da profissão. **[Dissertação de mestrado]**. Recife. UFPE, 2004, p. 27-33. Disponível em: http://aprender.unb.br/file.php/1832/CISNE_dissertacao_completa_PDF.pdf. Acesso em 30 de novembro de 2009.

COMBESSIE; Jean-Claude. “Descobertas e Coleta dos Dados”. In: **O Método em Sociologia – como é como faz**. São Paulo. Ed Loyola. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96. Brasília. 1996.

COSTA, Ana Maria ; AQUINO, Estela Leão. Saúde da Mulher na Reforma Sanitária. In. **Saúde equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro. Editora Graal, 1999.

DI MARCO, Graciela. Relaciones de género y de autoridad. In DI MARCO, Graciela(Coord.) et al. **Democratización de las familias**. Buenos Aires: UNICEF, 2005, p. 47-62.

DESLANDES, Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

DIAS, Ana Cristina Garcia; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. Representações de maternidade de mães jovens e suas mães. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 08, n. especial, 2003, p. 63-73.

DUARTE, Alexandra Paz Pereira; ELLENSOHN, Lisara. A operacionalização do processo de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2007, p. 521-526. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a07.pdf>. Acesso em: 19 de novembro de 2009.

DURO, Carmem Lucia Mottin. Maternidade e cuidado infantil: concepções presente no contexto de Programa de Saúde. **[Dissertação de mestrado]**. Porto Alegre, 2002.

FARIA, Nalu. Mulheres e exclusão na América Latina. In: NOBRE, Miriam; FARIA, Nalu; SILVEIRA, Maria Lúcia. Feminismo e Luta das mulheres: análise e debates. **SOF – Sempre Viva Organização Feminista**. São Paulo, p. 15-22, 2005. Disponível em: http://www.sof.org.br/arquivos/pdf/Livro_FemLutMulh.pdf. Acesso em 30 de novembro de 2009.

FREIRE, Maria Martha de Luna. ‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 20. **Rev. História, Ciência, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, 2008, p. 153-171. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500008. Acesso em 30 de novembro de 2009.

GASKELL, George. “Entrevistas Individuais e Grupais”. In: BAUER, Martin e GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 64-89.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da Intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo; Ed. Da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GUIMARÃES, Raquel. Deficiência e cuidado: por quê abordar gênero nesta relação? In: **Ser Social**, Brasília, v. 10, n. 22, janeiro/ junho, 2008.

GRASSI, Estela. La Mujer y La Profesión de Asistente Social. In: GRASSI, Estela. **El control de la vida cotidiana**. Buenos Aires: Hvmantas, 1989.

HARAWAY, Donna. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos Pagu**. Campinas, n. 22, p. 201-246, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n22/n22a09.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2009.

LETABLIER, Marie Thérèse. En Trabajo de “cuidados” y su conceptualización em Europa. In: RODRIGUEZ, Carlo Pietro (Coord.). **Tabajo, gênero y tiempo social**, Barcelona: Universidad Complutense, 2007.

LOPES, Marta Júlia Marques. Divisão do trabalho e relações sociais de gênero: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, M.J.L; MEYER, D.E.; WALDOW, V, R. (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996, p. 55-62.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M.J.L; MEYER, D.E.; WALDOW, V, R. (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996, p. 07-18.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Rev. int. direitos humanos**, São Paulo, v.5, n.8, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloS1806-64452008000100004&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em 31 de outubro de 2009.

MALUF, Sônia Weidner; COSTA, Claudia de Lima. Feminismo Fora do Centro: Entrevista com Ella Shoha. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 09, n. 01, 2001, p. 147-163. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2001000100008. Acesso em 30 de novembro de 2009.

MELO, Érica. Feminismo: velhos e novos dilemas: uma contribuição de Joan Scott. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 31, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104833320080007777200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de setembro de 2009.

MEYER, Dagmar Estermann. Do poder ao gênero: uma articulação teórico analítica. In: LOPES, M.J.L; MEYER, D.E.; WALDOW, V, R. (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 41-51.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In. GUARESCHI, Pedrinho A.; JOSCHELOVICH, Sandra (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 10 Edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e Políticas Sociais. In: BOSCHETTI, I. ; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M.; MIOTO, Regina Celia Tamaso . **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, S. F; CRUZ NETO, O. , GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOSCOVISCI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAÚJO, Maria de Fátima. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Mãe Canguru. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n.01, 2005, p. 37-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a05.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2009.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: www.scielo.br/Pdf/csp/v14s1/13337.pdf. Acesso em 05 de novembro de 2009.

PEDRO, Joana Maria. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **Revista História**, São Paulo, v. 24, n. 01, 2005, p. 77- 98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/his/v24n1/a04v24n1.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2009.

RAGO, Elisabeth Juliska. A Construção da ‘natureza feminina’ no discurso médico. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, 2002, p. 511-514. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2002000200019&script=sci_arttext. Acesso em 30 de novembro de 2009.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara; COLLET, Neusa. A humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 09, n. 01, 2007, p. 200 – 213. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf>. Último acesso em 19 de novembro de 2009.

SANTOS, Tânia Steren dos. Gênero e Políticas Sociais: novos condicionamentos sobre a estrutura familiar. **Ser Social**, Brasília, v. 10, n. 22, janeiro/junho, 2008.

SARTI, Cynthia A. O início do feminismo sob a ditadura: o que ficou escondido. **Trabalho apresentado no XXI Congresso Internacional de LASA**, 24-26 de setembro de 1998. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/libros/lasa98/Sarti.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2009.

_____. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Ed. Cortez, 2003, p. 36-63.

SILVA, Adriana Maria Arantes Leme. Mães de bebês de risco: sentimentos, concepções e aprendizagens no contexto de rede de apoio e de relações sociais significativas. **[Dissertação de mestrado]**, Brasília, 2008.

SILVA, Paula; GOMES, Paula B.; GRAÇA, Amândio; QUEIRÓS, Paula. Acerca do debate metodológico na investigação feminista. **Rev. Port. Cien.**, vol. 05, n. 03, p. 358-370. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpcd/v5n3/v5n3a11.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2009.

SCOTT, Joan. **Gênero**: uma categoria útil para os estudos históricos? Educação e Realidade, v. 20, n. 2. Porto Alegre, 1995.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

_____. Maternidade: Transformações na família e nas relações de gênero. **Revista Interface- Comunic, saúde, educ.**, v. 5, n. 8, 2001, p. 47-60. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista8/ensaio3.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2009.

_____. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, n.16, 2001, p.137-150. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a08>. Acesso em 30 de novembro de 2009.

TERRA, Marlene Gomes et al. O significado do cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. especial, p. 164-169, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea20.pdf>. Acesso em 30 de novembro.

TRONTO, Joan C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre moralidade a partir disso? In. : JAGGAR, Alison M. ; BORDO Susan R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Ventos, 1997.

WILSHIRE, Donna. Os usos do mito, da imagem e do corpo da mulher na re-imaginação do conhecimento. In. : JAGGAR, Alison M.; BORDO Susan R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Ventos, 1997, p. 101- 125.

APÊNDICE A
Universidade de Brasília – UnB
Departamento de Serviço Social – SER
Disciplina: Trabalho de Conclusão de Curso
Entrevista individual semi-estruturada com os profissionais da UTI Neonatal do
Hospital Regional da Ceilândia

Pesquisa “Atenção à saúde de crianças na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional de Ceilândia – DF: uma análise das representações sobre maternidade e cuidado”.			
Período de Realização da Pesquisa: Agosto de 2009 a Dezembro de 2009.			
Estado e Cidade: Brasília-DF			
Entrevistadora: Paula Gonçalves Rezende			
Data de Realização da Entrevista: ____/____/____			
Entrevista com os Profissionais da Saúde da UTI Neonatal do HRC			
Número da Entrevista ____	Hora de início: h min	Hora de fim: h min	Duração: h min

RECOMENDAÇÕES

1. Leia atentamente este roteiro antes de dar início a entrevista.
2. Exponha os objetivos e vínculos institucionais da pesquisa e os objetivos e dinâmica da entrevista.
3. Deixe claro o caráter sigiloso da entrevista. Explique os procedimentos éticos e possibilidade de retirar-se da mesma a qualquer momento, e sua disponibilidade em tirar qualquer dúvida no decorrer do processo.
4. Disponibilize o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e para assinatura das duas vias.
5. Solicite autorização para gravação.
6. Verifique o gravador, pilha e identifique a fita (data local nome e cargo da entrevistada).
7. Preencha a identificação da entrevista após o término da mesma, apenas para fins de organização do material.

Identificação do/a entrevistado/a:

Idade:

Sexo:

Formação Profissional:

Tempo de atuação na Instituição:

1. Trabalho na UTI Neonatal

1.1. Quais seriam as principais características do seu trabalho na UTI Neonatal?

- 1.2. Qual a importância deste trabalho?
- 1.3. Quais seriam as questões mais delicadas encontradas no seu trabalho?
- 1.4. Quais seriam os principais desafios no seu trabalho?
- 1.5. Qual o contato que você tem com: (falar todas de uma vez)
 - I. Com as mães dos recém nascidos que estão na UTI Neonatal.
 - II. Com os pais dos recém nascidos que estão na UTI Neonatal.
 - III. Com os avós dos recém nascidos que estão na UTI Neonatal.
 - IV. Com outros familiares dos recém nascidos que estão na UTI Neonatal.
- 1.6. Vocês realizam algum tipo de trabalho para ajudar as mulheres a passarem por este período de grandes preocupações e stress?

2. Representações sobre maternidade e paternidade

- 2.1. Qual a importância do acompanhamento do pai e da mãe no período de internação dos bebês?
- 2.2. Fale um pouco sobre o que você acha que é:
 - I. Ser mãe.
 - II. Ser pai.
- 2.3. Agora me fale um pouco sobre o que você acha que é:
 - I. Ser mãe de um bebê na UTI Neonatal.
 - II. Ser pai de um bebê na UTI Neonatal.

3. Dinâmicas familiares

- 3.1. Como a família participa e acompanha a mulher e o bebê neste período de internação?
- 3.2. Um dos motivos que levam a mãe a acompanhar seus bebês na UTI Neonatal é o fato de que elas os amamentam, para você há outros motivos para este acompanhamento ser feito pelas mulheres?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto “Atenção à saúde de crianças na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional de Ceilândia – DF: uma análise das representações sobre maternidade e cuidado” cujo objetivo é analisar as representações sobre maternidade e cuidado que orientam a atenção à saúde no Hospital Regional de Ceilândia,. A presente pesquisa será executada pela discente Paula Gonçalves Rezende que está sob orientação e responsabilidade da professora Dr^a. Marlene Teixeira Rodrigues do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. A pesquisa trata-se de Trabalho de Conclusão de Curso, pré requisito para a graduação em Serviço Social, e tem fins acadêmicos de avaliação para atribuição de menção na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso

O(A) Senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la. A entrevista terá seu conteúdo gravado, o material proveniente da sua participação (áudio da entrevista) não será utilizado para nenhum outro fim além do proposto na pesquisa. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício, em qualquer etapa do estudo você terá acesso à pesquisadora responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Ressalta-se que a pesquisa não envolve risco físico ou qualquer prejuízo à sua imagem perante o Hospital Regional de Ceilândia ou ao Núcleo de Serviço Social, caso o(a) Senhor(a) discorde, possui a liberdade para retirar as informações fornecidas ou recusar-se a participar a qualquer momento.

A sua participação será através de uma entrevista que será realizada em local a ser combinado ou no espaço do Hospital Regional de Ceilândia na data também a ser combinada com um tempo estimado em 45 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer

questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora no seu entendimento.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Núcleo de Serviço Social e para todo o Hospital na Biblioteca do Hospital Regional de Ceilândia, podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do Núcleo de Serviço Social.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Paula Gonçalves Rezende, telefone: (61) 9803-5162 ou (61) 3307-3811, no horário de segunda a sexta-feira em horário comercial, de 08 às 18:00 horas, ou pelo e-mail: paulaserunb@gmail.com

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa, podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO I
(Ofício de apresentação da pesquisa)



Universidade de Brasília-UnB
Instituto de Ciências Humanas-IHD
Departamento de Serviço Social-SER

Ofício nº 164

Brasília, Junho de 2009.

Senhor Diretor,

Solicitamos a Vossa Senhoria autorização para que a aluna **Paula Gonçalves Rezende**, matrícula 06/37696, aluna regular do Curso de Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, matriculada na disciplina: Trabalho de Conclusão de Curso, sob a orientação da Professora Dr^a. Marlene Teixeira Rodrigues, possa realizar pesquisa nessa Instituição.

Tais informações revertem-se de grande importância para elaboração da Monografia de conclusão do Curso de Graduação.

Colocamo-nos a disposição para maiores esclarecimentos.

Respeitosamente,

Prof.^a Dr^a Rosa Helena Stein

Chefe do Departamento

SER/IHD/UnB

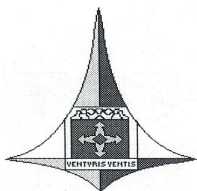
Ao Senhor

Baelon Pereira Alves

Diretor do Hospital Regional de Ceilândia

ANEXO II

(Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Estado e Saúde
do Distrito Federal)



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 173/2009

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 237/09 – Atenção à saúde de crianças na unidade de terapia intensiva neonatal do HRC: uma análise das representações sobre maternidade e cuidados.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 03/08/2011

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 03 de agosto de 2009.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

ANEXO III
(Normas da Enfermaria da Mãe Nutriz)

NORMAS E ROTINAS DA SALA DA MÃE NUTRIZ – HRC

1. Apenas as mães que dormirem no hospital terão direito ao café-da-manhã. A lista para recebê-lo deverá ser entregue à nutrição até as 7:30h;
2. Quem chegar pela manhã, e não encontrar a lista na Sala da Mãe Nutriz, deverá procurar a nutrição para colocar o nome na lista e receber as demais refeições;
3. A mãe que não colocar o nome na lista NÃO deverá comer a refeição de outra mãe;
4. O leito só pertence à mãe, a partir do momento em que permanecer 24 horas no hospital;
5. É proibido fumar dentro da Sala;
6. Não trazer pertences (bolsa, objetos de valor) para a Sala. Trazer somente objetos de usos pessoal (sabonete, escova de dente, pente, toalha de banho);
7. Não usar pertences de outras mães, sem autorização das mesmas;
8. É proibido receber visitas dentro da Sala;
9. Não fazer comentários sobre o bebê de outras mães;
10. Não transitar no hospital com roupas usadas no Berçário;
11. Manter a Sala limpa e organizada, principalmente o banheiro;
12. Silêncio na hora da amamentação. Lembre-se: a amamentação é um momento de trocar carinho com seu bebê, por isso fique em silêncio e olhe para ele;
13. Amamentar os bebês nos seguintes horários:
8:00 / 11:00 / 14:00 / 17:00 / 20:00 / 23:00 / 02:00 / 05:00h.
14. Enquanto não estiver amamentando, procure o Banco de Leite para receber as orientações sobre a ordenha manual;
15. Caso necessite sair, comunique à Enfermeira Chefe de Plantão do Berçário;
16. Horário de visita dos Pais dos Bebês no Berçário:
 - 20 minutos pela manhã, entre 09h e 12h;
 - 20 minutos à tarde, a partir de 14:30h;
 - 20 minutos à noite.O horário de visita dos avós é das 16:15 as 17:45, diariamente.
17. Não conversar na Sala quando uma outra mãe estiver descansando. Respeite para ser respeitado;
18. Procure organizar sua vida lá fora, para que você possa ficar tranquilamente acompanhando seu bebê;
19. Qualquer problema entre as mães deverá ser comunicado imediatamente à Enfermeira de plantão, ou ao Serviço Social, ou à Psicóloga;
20. Trazer documento com foto para entrar no hospital;
21. É proibido o uso de roupas inadequadas como shorts, saias, ou blusas curtas, ou camisolas curtas ou transparentes.

As normas e rotinas foram feitas para que haja tranquilidade e harmonia na Sala da Mãe Nutriz.