

ABNEGADAS MÃES: BREVE REFLEXÃO SOBRE MULHERES QUE ACOMPANHAM FILHOS INTERNADOS EM UNIDADE HOSPITALAR

*Raquel Trindade Andrade

**Roseli da Fonseca Rocha

* Graduanda em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ex-estagiária do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; Contato: queltrindade@yahoo.com.br

** Assistente Social do Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ, doutoranda em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Contato: roseli@iff.fiocruz.br

Introdução

No processo de recuperação de crianças internadas, o cuidado materno é incorporado pela instituição não como um direito adquirido pela criança de ter um acompanhante, mas como um dever inquestionável do papel social *da mulher-mãe*. Essa concepção de maternidade intensificada é carregada por preceitos morais relacionados à idéia da “*boa mãe*”. Tais preceitos por serem oriundos de uma cultura sexista, que constrói papéis sexuais rígidos, também são incorporados pelas mães ou cuidadoras, que vivem este papel de forma mais perversa nesses espaços.

A partir da experiência de estágio em uma enfermaria pediátrica de unidade hospitalar de atendimento de média e alta complexidade, pudemos verificar como as relações de gênero, historicamente construídas e reproduzidas na nossa cultura, têm influenciado sobremaneira a relação de mães e filhos e profissionais de saúde. É sob essa perspectiva que realizamos algumas reflexões no sentido de melhor compreender as relações de conflito que surgem no cotidiano de um espaço hospitalar de internação¹.

A categoria gênero é entendida neste artigo como “as diferenças socialmente impostas aos homens e mulheres, que os fazem assumir funções e papéis nas relações sociais ditas masculinas e femininas” (Vinagre, 1992: 19)². Gênero é, portanto, uma categoria relacional que se articula e interage com as relações fundamentais presentes na sociedade, como as relações de classe e de raça. E que irão determinar as condições nas quais estão inseridas essas mulheres acompanhantes, na maioria mães de crianças doentes crônicas nas instituições públicas de saúde.

¹ As possibilidades de reflexão sobre a realidade dessas mulheres foram favorecidas, em grande parte, a partir das reuniões do *grupo de acompanhantes*, realizado semanalmente com os acompanhantes das crianças e adolescentes internados e coordenado pelo Serviço Social e o “Saúde e Brincar” – Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada. A necessidade de realização deste tipo de trabalho é reforçada no sentido de se configurar em um espaço para trabalhar questões deflagradas pela condição de adoecimento e hospitalização de seus filhos e/ou sob seus cuidados.

² SILVA, Marlise Vinagre. *Violência Contra a Mulher: quem mete a colher*. São Paulo: Cortez, 1992

A partir do exposto este artigo tem-se como objetivo compreender os aspectos que atravessam a vivência das mulheres acompanhantes em unidade hospitalar e seus reflexos na relação entre mães e profissionais de saúde.

Construindo o amor materno: recompensas ou sacrifício?

Nos ambientes hospitalares, nos espaços pediátricos de internação é comum e visto com naturalidade a presença materna nos processos de acompanhamento. A mãe, contudo, nem sempre foi a figura central no processo de cuidar e nem sempre a maternidade se fez efetiva e afetiva como nos moldes que conhecemos hoje. Autores mostram que nos últimos duzentos anos emergiu uma ideologia em que a maternidade foi sendo cada vez mais intensificada. Fundamentaremos esta perspectiva histórica a partir de uma importante pesquisa realizada por Elisabeth Badinter (1985)³, para assim desmistificarmos o núcleo desta análise, a abnegação materna. Expressão de um amor que se constrói em função das necessidades e dos valores dominantes de uma dada sociedade. A autora nos mostra que conforme a sociedade valorize ou deprecie a maternidade, a mulher será, em maior ou em menor medida, uma boa mãe.

A pesquisa remonta que a criança já foi objeto de medo, asno, portadora de pecado e fraqueza de espírito, estorvo para as famílias pobres. Não houve durante todo o século XVII e início do século XVIII menção ao cuidado na infância. Este cuidado, ao contrário, era realizado pelas amas, para as quais os filhos eram entregues desde seu nascimento, e só retornavam (quando sobreviviam às muitas adversidades desse processo de cuidado) após os cinco anos. Não havia nenhuma condenação moral no fato das mulheres não criarem seus filhos. O que nos leva a percorrer uma trajetória capciosa de construção do amor materno, que nem sempre se manifestou na “natureza feminina”. Dessa forma “se tornará necessário, no final do século XVIII, lançar mão de muitos argumentos para convocar a mãe para sua atividade “instintiva”. (...) Para reconduzir-la a sua função nutritícia e maternante, dita natural e espontânea” (Badinter, 1985: 144)⁴.

Este hábito atravessa as diferentes classes sociais, o que também nos revela que mesmo em condições econômicas favoráveis as mulheres, em sua maioria, por dois séculos não tinham como costume amamentar e cuidar de seus filhos. Vivendo de acordo com a cultura da sociedade da época, que nenhum interesse sócio-econômico previa na maternidade, a apontada “natureza feminina” parece não deflagrar este sentimento.

É, sobretudo, a partir do final do século XVIII que se iniciará uma verdadeira convocação à

³ BADINTER, Elisabeth. Um Amor Conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985

⁴ A taxa de mortalidade das crianças confiadas (ou abandonadas às amas) não só era enorme, como a condição em que eram entregues muito precária. Assim na França do século XVII e XVIII a taxa de mortalidade é maior segundo a criança seja ou não amamentada pela mãe, e segunda seja ou não abandonada.

maternidade. Um século antes, porém, a ideologia da autoridade paterna era um instrumento de reprodução do princípio da autoridade do Estado. Ao fim do século XVIII, a burguesia ascendente percebia no ser humano, e por extensão as crianças, o seu valor para o Estado Capitalista. Importava agora formar braços fortes para o Estado seja para produção de mercadorias, seja para garantia de seu poderio militar. Data-se daí o início de muitas publicações dos filósofos, médicos e teólogos, sumariamente homens, que apelarão ao amor materno, desde já sustentáculo da nação. No século das luzes, será Emile de Rousseau a obra mais significativa.

O discurso persuasivo dessas publicações se baseou primeiramente na promessa da felicidade às mulheres. “Essas privações, que vos parecem cruéis, transformar-se-ão em puras alegrias” (Heurtin, apud Badinter, 1985: 193). Mas essas promessas parecem não terem sido suficientes e foram ao longo do século XVIII substituídas por ameaças tais como de ordem fisiológica, condenação moral e enfim, pela súplica à consciência civil, e o papel do pai no seio familiar foi caindo cada vez mais na obscuridade. Aos olhos de Badinter, esses autores foram sem dúvida os melhores defensores da causa (suposta) das mães. Não sem resistência, a mulher do século XIX aos poucos opta pelo novo modelo. De acordo com a autora, essa escolha é influenciada por dois fatores: suas possibilidades econômicas e sua posição social. O primeiro porque as mulheres das classes subalternas não aderiram, pelo menos até quando puderam, à dedicação integral e exclusiva aos filhos, uma vez que precisavam trabalhar ao lado do marido. E o segundo se refere a “esperança ou não de desempenhar um papel mais gratificante no seio do universo familiar, ou da sociedade” (Badinter, 1985: 201). O fato era que a boa mãe, foi a princípio a mulher pertencente à burguesia abastada.

A autora, assim, anuncia “a era da prova do amor começou”. As primeiras responsabilidades maternas foram a proteção à saúde e a higiene da criança. No século XIX outras foram somadas, a da educação moral e religiosa e uma parte importante da formação intelectual dos filhos, somam-se seu papel de interlocutora da criança nas instituições e auxiliar de atores como médico, professor e o padre. Neste século, com a figura materna já consolidada como imprescindível, será delegada a mãe a responsabilidade pelo desenvolvimento psíquico e emocional da criança, como aponta a psicanálise de Freud. Tais responsabilidades não vêm, sem serem acompanhadas do sentimento de culpa. Tão logo, o discurso dos especialistas passa a se tornar mais “franco”, e a promessa da felicidade como decorrência natural da maternidade se transforma no sentimento de sacrifício, no qual era possível reconhecer o sofrimento como uma virtude da natureza feminina.

Esses encargos sucessivos prometiam a promoção social das mulheres em troca de sua alienação e confinamento do seio do lar. Reclusão, sacrifício e religiosidade. Rapidamente a imagem da mãe passa a ser vinculada a idéia de santidade. A Eva, imagem da mulher pecaminosa cuja referência foi predominante até o século XVII é substituída pela de Maria, mulher que a tudo

sacrificou pelo filho. Contudo foi preciso reconhecer “que o sacrifício de si, mesmo feminino, não era natural, assim, era preciso prometer uma recompensa sublime para que as mães aceitassem fazer calar seu egoísmo a ponto de se esquecerem tão completamente quanto se lhes exigia” (Idem: 269). Remontando, assim, a história da construção do amor materno, remonta o sentimento muito presente nas mulheres objeto de nossa análise, a abnegação.

O processo de acompanhamento e a divisão sexual no exercício do cuidar

O acompanhamento de crianças internadas no espaço hospitalar tem uma história de aceitação recente, especialmente no Brasil. Imori et al (1997)⁵ faz um balanço crítico da literatura sobre o acompanhamento e resgata que desde a década de 50 na Inglaterra a importância do acompanhamento (das mães) já vinha sendo apontada. Neste período, mesmo com a recomendação do Ministério da Inglaterra muitos hospitais se recusavam a permitir alegando o risco com infecção cruzadas. Em todas as pesquisas realizadas na literatura inglesa e norte-americana foi constatada a importância para recuperação da criança e a diminuição de riscos e do tempo de internação. Algumas pesquisas apontaram à falta de delimitação da participação dos pais nesses espaços e falta de informação e entendimento sobre o processo pela equipe de enfermagem, gerando conflitos.

Desde sua instituição o acompanhamento foi significado como sendo a permanência materna no espaço hospitalar. Porquanto que no Brasil não se deu de forma diferente. Assim, o primeiro programa de estímulo ao acompanhamento chamava-se “Programa Mãe Participante” implantado nos hospitais estaduais de São Paulo no final da década de 80, conforme ressalta Imori.

A preocupação com a importância do acompanhamento surge no Brasil somente a partir da década de 80, seguindo a linha de transformação da concepção de saúde. A qual alarga sua compreensão às determinações sociais do processo saúde-doença. Segundo Lima et al (2007) o acompanhamento começa a ser entendido como o elo fundamental entre o ambiente familiar e o ambiente da internação, possibilitado por um vínculo afetivo e emocional. Além de fortalecer a condição de sujeito da criança durante a internação e estimular sua recuperação.

As mudanças no âmbito das políticas de saúde, contudo, não garantiram o acompanhamento como direito. Foi somente em 1990 com a formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente que, em seu artigo 12, institui o acompanhamento como direito fundamental a vida e a saúde da criança e do adolescente e, dispôs aos estabelecimentos de saúde a garantia das condições para tal.

O Estatuto, porém, não determina o sexo do acompanhante, podendo assim, ser o pai ou a mãe a exercer esse papel. Todavia, a presença quase que exclusiva, nesse processo de

⁵ IMORI, Maria Cecília; et all. Participação dos Pais na Assistência à Criança Hospitalizada: revisão crítica da literatura. Acta Paul. Enf., São Paulo, v.10, n.3, p.37-43, 1992

acompanhamento, tem sido a da mãe. Em raras ocasiões ela é substituída por outro membro da família, que quase sempre também é uma figura feminina - avó, tia, madrinha, irmã.

Esta realidade reflete, portanto, o processo histórico em que foram delimitadas as divisões sexuais das responsabilidades no âmbito da família, impulsionado pelo modelo nuclear burguês. Estes padrões também refletem, como defini Scott (1995)⁶, uma forma primordial de dar significado às relações de poder. Relações estas construídas ao sabor das variações históricas.

Nas fichas de triagem do Serviço Social da Enfermaria essa divisão se revela, comprovando que o acompanhamento constitui-se nessa unidade de internação uma tarefa predominantemente feminina. Nos registros durante o período de junho de 2007 a outubro de 2008, há apenas um caso de pai como acompanhante principal e 4,76%, que corresponde a seis casos de pais revezando o acompanhamento de forma equânime.

Uma das características das crianças internadas nesse hospital é a longa internação, ou a recorrência das visitas e/ ou internações ao serviço de saúde, que fazem parte da história social e familiar de crianças portadoras de quadros crônicos de adoecimento. Tornando o hospital um lugar-ambiente de intensas relações institucionais e de interação entre a criança, sua mãe e profissionais de saúde. Há crianças que estão internadas desde o nascimento, sem nunca terem saído do hospital. Assim, há mulheres que chegam a permanecer por mais de dois anos “internadas” em acompanhamento de seus filhos.

Além da divisão desigual no exercício de cuidar outros fatores, tais como os de ordem sócio-econômicas e geográficas se colocam como determinantes para a internação “compulsória” dessas *mulheres-mães*. Dados do nível de renda dessas famílias e de seus locais de residência revelam como a grande maioria mora em bairros bem distantes do Hospital e muitas delas vivem em municípios longínquos ou fora do Estado. Dessa forma 56% dos acompanhantes registrados pelo Serviço Social moram fora do município do Rio de Janeiro, já a faixa de renda é na média de 1 salário mínimo para famílias em torno de 4 membros. Sem condições de arcar com os altos custos de transporte e sem poder contar com uma rede familiar para revezamento no acompanhamento da internação do filho, acabam por ter no ambiente hospitalar sua segunda “residência”.

O gênero entendido como a “construção do poder em si” (SCOTT, 1995) nos permite perceber a distribuição do poder presente no exercício de acompanhamento durante a internação. Por de traz deste fato prefigura a grande responsabilidade com a criança doente crônica, na maioria dos casos dependente de aparelhos para manutenção de funções vitais e que demanda cuidados específicos e em tempo integral. Durante o *grupo de acompanhantes*, grupo aberto realizado semanalmente na enfermaria, muitas falas dos responsáveis expuseram essa realidade. Como a seguir:

Eu me trancava vinte e quatro horas em casa, eu me fechei no mundo do Bruno. Só vivia em função dele.

Podemos perceber durante as atividades do grupo a dificuldade dessas mulheres em distribuir o cuidado e atenção aos filhos não doentes e em desempenhar os diversos papéis que lhes são exigidos. Em outras falas foram apontados longos processos de depressão e a via de assistência a essas mulheres costumam se limitar a tratamentos psiquiátricos. Apesar da dificuldade de acesso a esse tipo de tratamento (na maioria das vezes é realizado na própria unidade hospitalar onde o filho é atendido). Mas a grande maioria relatou que recorre à religião, como base de apoio emocional. Não foi apontado como alternativa dividir a dor com o parceiro ou familiares e nem acesso a política ou programas de assistência a essas famílias.

Mulheres acompanhantes e profissionais de saúde

Devido ao longo tempo de internação, muitas mulheres perdem outras referências que fazem parte da sua vida, como, por exemplo, viver em família, com outros filhos, com o companheiro, trabalhar, estudar, enfim, sua história acaba se resumindo a história do filho internado. É comum a mulher deixar de cuidar de sua própria saúde. Em algumas raras situações são atendidas pela própria unidade que, também se constitui em referência para a saúde da mulher, todavia, tal atendimento só se dá em caráter de emergência. Assim, muitas estão há anos sem realizar um exame de prevenção ao câncer de colo uterino ou uma “revisão médica” pós parto.

A mulher é vista e aceita pelos profissionais de saúde como mãe. Sua condição de sujeito de direitos é secundarizada em relação ao papel social de ser mãe. A saúde integral a criança, portanto, não incorpora a saúde da mãe, como ator principal, construído historicamente, no cuidado à criança. Contudo, a cobrança da sua presença é constante e sua ausência ao lado do leito do filho é quase sempre uma assinatura de culpa e risco de notificação. Percebe-se aqui qual significado de maternidade é instituído. Uma vez que a concepção de saúde da mulher presente na organização da instituição e lógica de atendimento que, mesmo após vinte anos do PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, ainda é concebida de forma fragmentada, onde a preocupação centra-se na saúde reprodutiva em detrimento da saúde integral. Além do descaso com a saúde dessas mulheres, foram percebidas não poucas vezes nas falas das acompanhantes queixas com relação a atenção médica prestada no sentido da legitimação do seu conhecimento sobre o estado do filho, também foram relatados muitos conflitos com a equipe de enfermagem. Martins

⁶ SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, Porto Alegre, v.20, n.2

(2008)⁷ nos dá uma tradução clara do processo de elaboração de políticas públicas da saúde materno-infantil no Brasil e a concepção de mulher intrínseca a este processo “não se trata de uma valorização da mulher enquanto cidadã, ou de uma concepção universalista de direitos, mas sim do enaltecimento da função maternal. O universalismo está ligado à idéia de que todas as mulheres são mães, mesmo aquelas que não dão à luz” (Martins, 2008: 6).

A presença do médico como personagem a figurar no seio da família remete ao século XIX. Com as transformações nos padrões de cuidado, as mães se mostram cada vez mais preocupadas com a saúde do filho. Dessa forma a família começa a demandar a consulta à “autoridade médica” em domicílio. O que resulta em uma aliança privilegiada entre médicos e mães. Os médicos “adquiriram rapidamente uma considerável importância no seio da família e fizeram da mãe sua interlocutora, sua assistente e sua executiva” (Badinter, 1985: 210).

No Brasil a institucionalização da saúde materno-infantil na pauta das políticas públicas ganhou força a partir do Estado Novo. Com o processo de industrialização que desencadeou a migração da população para as grandes cidades e o aumento da população pobre urbana, dois fatores impulsionaram o Estado a intervir com políticas de proteção da saúde materno-infantil. O primeiro diz respeito à disseminação da disciplina, higiene e cuidados com a saúde da criança, devido às altas taxas de mortalidade infantil. O segundo refere-se às diretrizes de cunho nacionalistas dessas políticas, inseridas no “modelo centralizador, concentrado nas ações de puericultura, e voltada para as camadas urbanas mais pobres, com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação” (NAGAHAMA & SANTIAGO, 2005: 653)⁸. Até início da década de 60 a proteção referente às mães limitava-se a ênfase nos cuidados a gravidez e amamentação.

A evolução dessa política preservou essa lógica até início da década de 80, com algumas expansões programáticas, mas sem, contudo, comprometer sua racionalidade de atenção às mulheres enquanto mães em potencial, ou ainda a atenção à saúde da mulher incorporada estritamente a sua função reprodutiva.

O que nos cabe enfatizar neste processo é que, como ressalta Martins no Brasil e Badinter na França foram os médicos que estiveram à frente da formulação dessas políticas e na elaboração dos manuais destinados as mães, pensados na ausência de qualquer participação feminina. Um segundo aspecto é que essas leis e políticas de proteção à maternidade nos deixam claro o objeto da proteção, a criança. O que nos demonstra a concepção instrumental da mãe, e, portanto, a desconsideração da

⁷ MARTINS, Ana Paula Vosne. História da Maternidade no Brasil: arquivos, fontes e possibilidade de análise. Departamento de História da Universidade Federal do Paraná, 2008 -disponível em: http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=565&Itemid=54 – acesso em 20 /07/08

⁸ NAGAHAMA, Elizabeth E. Ishida, SANTIAGO, Silvia Maria. A Institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, ABRASCO, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 651-56, jul /set. 2005.

mulher-mãe enquanto sujeito na plena garantia dos seus direitos. Tal relação revela sua força hegemônica, porque mesmo hoje observamos o saber médico como um instrumento de opressão e constrangimento ao saber materno, ao qual historicamente foi delegado absoluta importância.

Considerações finais

A “preferência” pela presença da *mulher-mãe* no acompanhamento de crianças internadas, expressa como a ideologia das relações de gênero tem capilaridade em todos os espaços privados ou públicos de relações sociais. Sendo assim, a ausência de compreensão de um lugar historicamente construído e perverso para essas mulheres, impossibilita a formulação de uma política na instituição que estimule a participação paterna no acompanhamento e cuidado aos filhos.

Por sua vez a ausência de uma “política de gênero” impede que a instituição crie estratégias e condições que possibilite a participação desse ator durante a internação. É importante também ressaltar que esta dimensão se articula com a de classe, o que prefigura a ausência de recursos que garanta o deslocamento contínuo desses pais. Ambos os fatores acirram a dicotomia do homem e pai limitado ao exercício do provimento familiar e da mulher ao exercício do cuidar. Contudo, vale ressaltar que mesmo hoje com a inserção da mulher no mercado de trabalho essa desigualdade não foi superada, pelo contrário ela é reproduzida no mercado na maior exploração do trabalho feminino.

Torna-se assim, imprescindível um trabalho educativo nas enfermarias pediátricas em espaços que proporcionem a escuta e o diálogo entre acompanhantes e profissionais de saúde. Dessa maneira o grupo de acompanhantes é uma importante iniciativa, pois possibilita as mães e cuidadoras, a desconstrução da idéia de auto-sacrifício presente no cuidado a essas crianças como uma atribuição sua, e não compartilhada com o pai e com a rede sócio-familiar.

Além de dar voz às demandas dessas acompanhantes entendendo-as como sujeito de direitos do processo, o grupo possibilita a troca de suas percepções subjetivas marcada por grande sofrimento, revelador do atravessamento das questões de gênero como potencializador de suas angústias e desamparo ao longo do processo de acompanhamento da internação. Vale lembrar que o adoecimento ou o nascimento de um filho doente crônico ou com imperfeições representa na grande parte das vezes, um projeto de vida ruído.

