

Duran Gutierrez, Denise Machado; de Souza Minayo, Maria Cecília
Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde
Saúde e Sociedade, vol. 18, núm. 4, octubre-diciembre, 2009, pp. 707-720
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263692014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde

The Role of Women from Popular Groups in Manaus Concerning Health Care Production

Denise Machado Duran Gutierrez

Doutora. Docente da Universidade Federal do Amazonas.

Endereço: Rua Salvador, 345, apto. 1601, Adrianópolis, CEP 69057-040, Manaus, AM, Brasil.

E-mail: ddgutie@vivax.com.br

Maria Cecília de Souza Minayo

Pós-Doutorado. Pesquisadora do Centro Latino-Americanano de Estudos sobre Violência e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública.

Endereço: Av. Brasil, 4036, CEP 21040-361, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: cecilia@claves.fiocruz.br

Resumo

O trabalho apresenta resultado de investigação sobre o papel da mulher na produção de cuidados da saúde no âmbito da família. Utilizamos as categorias: papel de mãe, divisão do trabalho, relações de poder, cuidado do outro e autocuidado da saúde. Foram entrevistados 21 profissionais de duas equipes do PSF e onze famílias do Ouro Verde, bairro popular de Manaus. Verificamos que as mulheres entrevistadas cuidam dos membros de suas famílias de forma bastante ampla, abrangendo várias pessoas e em diversas dimensões de cuidado, desde cuidados físicos e ambientais, acompanhamento de prescrições médicas e monitoramento da saúde na vida diária. Essas ações têm grande importância para a resolutividade das intervenções médicas. No entanto, vemos que o desempenho efetivo desse cuidado é fortemente influenciado por aspectos da realidade concreta, que delimita recursos e possibilidades, e por aspectos da dinâmica relacional da família da qual faz parte, que favorece ou dificulta seu desempenho.

Palavras-chave: Cuidados da saúde; Mulher cuidadora; Saúde da família; Profissionais do Programa Saúde da Família.

Abstract

This work presents the results of an investigation about the woman's role in the production of health care within the family context. We use categories such as mother's social role, work sharing, power relations, taking care of the other and self health care. Twenty-one professionals belonging to two Family Health Program teams and eleven families living in a popular area in the city of Manaus were interviewed. We found that the interviewed women provide health care for their family members in a broad way, including many people and many care dimensions, such as physical and environmental care, following medical prescriptions and monitoring health on a daily basis. These actions have great importance to the solving capability of medical interventions. However, we see that the good performance of this care is strongly influenced by aspects of the concrete reality, which delimit resources and possibilities, and by aspects of the relational dynamics of the family to which these women belong, which favor or hinder their performance.

Keywords: Health Care; Woman Caregiver; Family Health; Professionals of the Family Health Program.

Introdução

O estudo sobre “cuidados da saúde produzidos no contexto familiar” exige que olhemos a família como unidade complexa e, ao mesmo tempo, que compreendamos a participação relativa de cada um de seus membros, a partir de seu cotidiano. Ademais, é preciso analisar a família no contexto social, histórico e cultural que lhe dá significado e delimita suas atribuições.

Nosso interesse neste artigo centra-se na questão dos cuidados da saúde produzidos pela mulher de baixa renda no contexto de um bairro popular de Manaus. Esse tema se justifica pelo fato de identificarmos uma marcante ausência de estudos empíricos sobre a temática no que concerne à população amazônica com suas especificidades históricas e socioculturais. A presença de forte tradição indígena e fluxos migratórios diversos ao longo da história fazem da cidade de Manaus o lugar de convergência de vários grupos socioculturais de conformação específica que merecem maior atenção e investigação.

Deter-nos-emos na participação da mulher nos cuidados da saúde *na* e *da* família por sua grande importância enquanto interlocutora dos serviços de saúde e articuladora das ações, nesse contexto. Valemos-nos de duas perspectivas: o olhar de famílias usuárias do Programa Saúde da Família (PSF) e o olhar dessas equipes sobre a participação da mulher no provimento de cuidados.

O modo como a família vê o papel da mulher no cuidado à saúde em contraponto com o modo como o serviço de saúde vê esse papel pode trazer informações importantes sobre como esse cuidado é apropriado enquanto *recurso* ou *empecilho* pelos serviços de saúde. E pode, por consequência, informar a construção de práticas inovadoras em saúde no âmbito do PSF. Consideramos, ainda, que as formas vigentes de ver a participação da mulher no provimento de cuidados têm implicações políticas que precisam ser evidenciadas e submetidas à reflexão.

Referencial Teórico

Do ponto de vista teórico, assumimos uma abordagem compreensiva. Os referenciais que utilizamos para discussão derivam de contribuições diversas das Ciências Sociais, que adotam essa perspectiva e ajudam a dar conta de objeto de tal complexidade, como é o caso da

produção de cuidados de saúde tida aqui como prática essencialmente social.

Procuramos adicionalmente integrar uma perspectiva de gênero na discussão sobre a mulher, assumindo com Louro (1996) que “*Gênero (assim como a classe ou a raça) é mais do que uma identidade aprendida (é mais do que uma aprendizagem de papéis), sendo constituído e instituído pelas múltiplas instâncias e relações sociais, pelas instituições, símbolos, formas de organização social, discursos e doutrinas*” (p.12).

Em texto anterior (Gutierrez e Minayo, 2008), reenviando vários estudos, mostramos que quando se fala em cuidados de saúde, a família aparece como importante ator e, nessa, a mulher em geral fala em nome do grupo. A presença feminina na literatura e no cotidiano social é vista como fenômeno universal que assume arranjos e formatos diferenciados a depender da classe social, da cultura específica e da estrutura familiar. No imaginário social e em diversas perspectivas teóricas, que discutem o cuidado enquanto conceito central das práticas em saúde, como a psicanalítica e a existencial humanista, a imagem da mulher se liga, de uma maneira no mais das vezes a-crítica, ao afeto, à maternidade e ao amor incondicional que se expressam, sobretudo, no espaço do lar.

Essa imbricação entre mulher/família/cuidado presente na literatura (Scavone, 2005) também está presente na organização dos serviços de saúde que, por sua vez, adotam a mulher como principal usuária e interlocutora, reforçando a visão universal acima referida. Diversos autores têm apontado as dificuldades do PSF para lidar com o “sistema família” e não trabalhar apenas em interlocução com as mulheres. No entanto, não podemos nos esquecer de que as dinâmicas interna e externa da família dependem em parte de elementos afetivos e interacionais, além de seus conhecimentos, crenças, práticas e escolhas de tratamento. Autores como Scott (2005) e Schraiber (2005) apontam, de modo contundente, que o serviço de saúde tem a mulher como sua ‘usuária privilegiada’ em detrimento da interlocução com o homem.

No tema ora investigado, embora possamos identificar na literatura internacional várias produções relevantes, não encontramos estudos da área de saúde no contexto amazônico focados na participação da mulher que nos servissem de referência. Por isso optamos por abordá-lo como prática social e, para tal, apoiamo-

nos em trabalhos que discutem a construção social do feminino, os papéis sociais de gênero, a divisão de trabalho e de poder na família e as interfaces entre vários atores nos cuidados de saúde.

Para discutir o papel da mulher na produção de cuidados da saúde utilizamos a concepção adotada por Salém (1980) e reafirmada por Reis (2001), que definem *papel social* indicando a existência de dois aspectos analítica e empiricamente distintos: um se referindo às expectativas de desempenho, nutridas por pessoas significantes de um grupo; e outro, relativo ao desempenho em si do papel incorporado e exercido pelo ator como comportamento, abarcando ações, representações e modos de retratar a realidade.

Os papéis circunscrevem espaços de ação de cada membro de um grupo social, suas tarefas, seus trabalhos específicos, suas formas expressivas e de sociabilidade. Atendendo à metáfora do teatro, os papéis não são somente atuados e representados, mas têm impacto sobre a afetividade das pessoas. Por sua vez, os integrantes do grupo social geram representações sobre cada um dos outros: pai, mãe, filho, avô, avó, irmão, irmã e outros.

Na família, o desempenho de papéis se liga a lugares sociais revestidos de autoridade e poder que ordenam a cena doméstica, definindo posições hierárquicas desiguais em função do gênero e da faixa etária. Adotamos a concepção de autoridade proposta por Romanelli (2002), que revisou vários autores sobre o tema. Segundo esse pesquisador, quando há autoridade, a obediência é obtida dentro de uma ordem hierárquica mantida por experiências passadas comuns e que geram reconhecimento e legitimidade. Portanto, autoridade não depende de argumento e de persuasão racional: firma-se no reconhecimento social e não está relacionada à competência.

O conceito de *poder* para esse autor tem característica diversa. Compreende a imposição da vontade de uma pessoa sobre outra, ainda que haja resistência. Essa relação é fluida e pode manifestar-se por meio da força ou da violência física ou simbólica, por tentativas de coerção e intimidação. Apesar das distinções entre os conceitos, autoridade e poder encontram-se interconectados na vida cotidiana das famílias.

São vários os autores que estudam o desenvolvimento histórico das ideias e imagens do feminino no mundo ocidental, no intuito de entender sua configu-

ração no mundo contemporâneo (Desouza e col., 2000; Biasoli-Alves, 2000; Badinter, 1985). As várias abordagens ajudam a entender a participação da mulher nos cuidados da saúde. Todos esses autores coincidem em mostrar como, ao longo do tempo, a imagem social de mãe vai se configurando de modo a sintetizar em si vários elementos idealizados, em estreita relação com interesses políticos e econômicos de época, chegando aos nossos dias como representações sociais bastante enraizadas. A figura da mulher como cuidadora se constrói à medida que a mortalidade infantil passa a ser mais bem controlada, e a figura da criança, socialmente valorizada. Quando as medidas de higiene e a amamentação passam a ser condição de sobrevida para a criança, a mãe se torna a figura chave e indispensável do cuidado em saúde (Costa, 2004).

Na imagem de mãe são condensadas as virtudes divinas de Maria (modelo cristão de mulher e mãe), figura assexuada, mãe sacrificial, bondosa e altruísta, que se coloca em segundo plano em prol do outro. Nesse modelo ideal, a maternidade é posta como missão de vida e fonte de identidade para a mulher. O bem-estar da família, especialmente dos filhos, torna-se central. A esfera doméstica da casa é vista como seu lugar de domínio, no qual se mantém protegida e pode cultivar as características ditas femininas, de submissão, moderação e emotividade.

O ideal que tornará a mulher responsável pela casa, pela perenidade do casamento, pela procriação e por tudo mais que diz respeito à família e aos filhos constitui-se numa verdadeira ‘armadilha histórica’. Pois a mulher/mãe, assim responsabilizada, assume toda a carga simbólica da (in)felicidade dos membros da família, da educação e do sucesso dos filhos e do marido.

Obrigada a se subjugar ao mando masculino, conforme Desouza e colaboradores (2000), paradoxalmente, a mulher encontra no espaço doméstico seu espaço de poder, através do controle e do gerenciamento do lar. Esse poder, contraditoriamente, aprisiona a mulher no seu papel tradicional.

A pesquisa narrada neste artigo tem duas hipóteses. A primeira é que a mulher pobre e desprovida de recursos materiais encontra grande dificuldade de exercer o poder familiar de cuidar da saúde, pois os recursos a administrar são extremamente exíguos e o suporte para a criação e a educação dos filhos, bastante

restritos. A segunda é que, muito frequentemente, essa mulher é compelida a construir uma forma indireta de subverter o poder masculino através da afetividade e da sedução, concordando com Rocha-Coutinho (1994, 2006) e Oliveira, (2004). Concordamos ainda com Rocha-Coutinho (1994) que o uso das habilidades de sedução pela mulher, como arma para conseguir o que ela deseja, é uma forma ideológica de poder, pois mantém hierarquias postas e não produz relações igualitárias. Na verdade, o poder feminino baseado na sedução escamoteia e legitima diferenças, não permitindo o confronto que propiciaria mudanças.

Também é preciso dizer que os modelos de mulher e de maternidade classicamente descritos por Badinter (1985) não são monolíticos. De acordo com contextos e práticas específicos, aspectos da representação do que é ser “mulher”, “mãe” e “dona de casa” podem aparecer em composições e em intensidades diferentes, indicando o peso das experiências do cotidiano na produção de diferenciações internas nos mesmos modelos culturais (Passos, 2005).

Assumindo uma perspectiva crítica e tendo como pano de fundo a constituição sociocultural da figura da mulher e mãe, propomo-nos a apresentar e discutir a especificidade do papel da mulher na produção dos cuidados em saúde no interior de um grupo de famílias. Tomaremos como temas para análise: seu papel de mãe e esposa, a divisão do trabalho e o poder que lhe corresponde na família e os modos específicos como os cuidados da saúde são concebidos no cotidiano, em termos do cuidado de si e dos outros, a partir do olhar da família e dos profissionais do PSF.

Metodologia

A pesquisa que deu origem a este artigo foi realizada em Ouro Verde, bairro popular de Manaus, no período de 2007 a 2008. As famílias investigadas são moradoras de uma área de invasão parcialmente urbanizada, pertencente à zona leste, uma das regiões mais pobres da capital. O espaço originalmente alagado, local de reserva ambiental, foi ocupado a cerca de 12 anos e conta, em suas imediações, com vários serviços de saúde: Policlínica, hospitais e serviços de pronto atendimento, incluindo duas unidades do PSF.

A metodologia qualitativa aqui adotada assumiu a proposta de privilegiar a busca de sentidos e signifi-

cados partindo da fala dos participantes e respeitando a integralidade do que expressam de modo o mais espontâneo possível (Minayo, 2008). Numa verdadeira abordagem hermenêutica, buscamos ver os fenômenos em seu contexto, articulando aspectos ligados aos consensos e convergências de entendimento, mas também avaliando as divergências, as contradições e as intransparências de sentido, numa perspectiva dialética.

Os participantes da pesquisa pertencem basicamente a dois grupos: 1) duas equipes do Programa Saúde da Família que dão cobertura ao bairro, constituídas por: dois médicos, duas enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem e 15 agentes comunitários de saúde (ACS), entrevistados individualmente nas dependências das unidades. Eles são indicados com a letra 'P' seguida de um número; 2) onze grupos familiares em vários momentos do ciclo vital da família e com várias composições diferentes. Cada família completa foi entrevistada procurando reunir todos os seus integrantes nos domicílios. Estão indicados com a letra 'F' seguida de um número.

Para a coleta de dados, utilizamos entrevistas semiestruturadas e observação participante abrangendo várias situações do trabalho das equipes e das vivências das famílias. Construímos um diário de campo no qual foram registradas informações adicionais ao processo de coleta. O roteiro de entrevista abrangeu ampla gama de questões relativas aos cuidados da saúde. Porém, aqui discutiremos apenas os resultados relativos aos cuidados dispensados pela mulher enquanto mãe e esposa e como essa participação é vista pela família como grupo e pelos profissionais dos serviços de saúde do PSF. Para a localização e contato dos grupos familiares fomos ajudadas por uma agente comunitária de saúde que atua na área investigada.

As exigências éticas relativas à pesquisa foram atendidas através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos profissionais e por um dos membros da família com a anuência verbal de todos os presentes. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas e aprovado¹.

O material de entrevista gravado em áudio, em sua íntegra, foi transscrito e constitui o *corpus* de análise aqui apresentado e discutido a partir da perspectiva

hermenêutica-dialética, conforme proposta de Minayo (2008).

Em exercício comparativo, a visão das famílias será sempre contrastada com a dos profissionais do PSF. Assim fazendo, pretendemos colocar em evidência as dinâmicas e inter-relações dessas representações ora diversas ora semelhantes, para que as lógicas subjacentes às concepções de saúde e relações entre os grupos sejam desvendadas.

Resultados e Discussão

O que cabe a uma mãe e a uma esposa?

Investigamos dois elementos que se complementam e se interpenetram no campo das representações: os papéis assumidos pela mãe ou esposa e os trabalhos que são vistos como sendo de sua competência. A divisão sexual do trabalho na família aqui é vista como estrutura e estruturante, isto é, como produto, corpo e expressão de uma organização familiar que subjaz às ações e ao mesmo tempo é elemento que reforça e gera essa mesma estrutura. Ao dissertar sobre papéis, as falas da família sempre escorregaram suavemente para os trabalhos das mães, as tarefas que executam e marcam sua identidade. Ficou claro que o papel de mãe se concretiza, sobretudo, na execução de certas tarefas que se espera que ela cumpra. Assim, encontramos nas vivências os aspectos representacionais expressos nas práticas sociais e na divisão sexual do trabalho.

Assumimos, pois, que as representações de papéis são importantes para entendermos práticas sociais de cuidados de saúde. Não que as representações e as práticas tenham relação linear entre si, mas elas certamente são interativas. Consequentemente, mudanças nas práticas ou nas representações produzem transformações umas nas outras.

No campo semântico que recobre o papel de mãe encontramos nos dois grupos (profissionais e famílias), reiteradamente, várias representações que se organizam em torno dos seguintes eixos: *funções afetivas*: preocupar-se, amar (filho e casa), dar atenção, compreender, incentivar (estudos, filhos), conversar, estar sempre disposta, ser sempre sorridente, ser sempre presente, ser carinhosa, conciliar, tomar a frente, decidir coisas da casa, dar estrutura emocional, conviver;

¹ Protocolado no CEP/UFAM com CAAE n. 0176.0.115.000-07.

funções educativas: educar, orientar, acompanhar tarefas escolares, ordenar, coordenar, ser exemplo e espelho, criar bem, explicar; *funções de proteção*: ser enfermeira, cuidar da saúde, proteger filha/os; *funções de apoio material*: dona de casa, levar para a escola, delegar tarefas, assear e limpar (criança e casa), zelar pela casa e pelos filhos, trabalhar (emprego); *funções morais*: responsabilidade, respeito recíproco, moral, vigiar os filhos, guerreira, ser especial, renúncia à sua juventude, unir a família, ter Deus no coração e levar a família à igreja.

Em todos esses verbos e expressões verbais podemos constatar que prevalece a ideia de que a mulher tem um lugar central no equilíbrio familiar, tem de dar conta de um incontável número de tarefas, tem de “ser” modelo para os demais membros, tem de estar disponível e é responsável pelo sucesso da família e pelo clima afetivo das interações. Também se destacam as funções educativas, bem como as que dizem respeito à transmissão de valores morais, expressas em metáforas como: ‘*coluna da casa*’, ‘*esteio da família*’, ‘*ser tudo em casa*’, ‘*família sem mãe é como casa sem telhado*’.

Comparando os achados dos dois grupos (famílias e profissionais), nos chama atenção a quase ausência de referências diretas ao papel de cuidadora da saúde tradicionalmente atribuído à mulher (Scavone, 2005). Há somente duas indicações nesse sentido: mãe como ‘*enfermeira*’ (F1) ou a que ‘*cuida da saúde das crianças*’ (F1o). No grupo de profissionais, encontramos somente uma referência aos cuidados de saúde providos pela mãe como parte de seu papel, o que é feito de forma negativa e denunciativa: ‘*falta de cuidado com a saúde*’ (P1).

Aliás, ressaltam as associações negativas encontradas no discurso dos profissionais, quando se referem ao papel da mãe nesse ambiente social. Os entrevistados da área de saúde tenderam a mencionar essa função materna mais por sua falta do que por sua efetividade. Essa crítica foi de várias ordens do ponto de vista do desempenho cotidiano: *a mãe negligente, desviante, que traz males à família por sua negligência e descaso voluntário*; crítica de ordem moral: “*não cuidam bem*”; crítica de ordem política e social segundo a qual o pobre é parasita e aproveitador: *a mãe que busca o assistencialismo do governo, através da ‘bolsa família’, acomodando-se em sua inatividade e excessiva proliferação de filhos*.

Embora não seja o mais citado, o trabalho remunerado fora de casa aparece ligado ao papel de mãe tanto para as famílias como para os profissionais. Porém, para os últimos é enfatizado o fato de que sair para o trabalho gera abandono e a consequente delinquência dos filhos. Assim, o valor do trabalho acaba sendo neutralizado por uma operação simbólica que o torna indesejável para mulheres pobres, pois sua vida social estaria condicionada ao bom desenvolvimento psíquico e ajustamento dos filhos às normas culturais vigentes.

No discurso dos profissionais, há nuances na forma de interpretação do papel da mãe e da mulher nas famílias desse bairro pobre de Manaus. Alguns dão ênfase às referências positivas à atuação das mães, com expressões do tipo ‘*a maioria educa sim, se preocupam*’ (P14). Os profissionais que tendem a ter essa postura apresentam concepções mais flexíveis sobre os impasses vividos pela família na luta pela sobrevivência, afirmando que as mulheres em muitas situações ‘*não têm escolha*’ (P18). Um desses afirma em entrevista que os problemas econômicos das situações vividas por essas famílias pobres (P21) só podem ser superados com apoio institucional e ações do Estado que amparem a mulher e a mãe. Há uma segunda visão que enfatiza a cultura dessas famílias pelo seu lado negativo, numa clara demonstração de que existem muitas dificuldades de interação entre os profissionais e elas. Em geral, essas falas desse segundo grupo se compõem de uma enumeração de várias situações e exemplos que denunciam a falência da família e a incapacidade da mulher pobre para cumprir seu esperado papel. Há nelas o indício de uma representação da mãe pobre como uma figura sempre deficitária e ao mesmo tempo necessária, constituindo a única figura capaz de livrar as crianças e os jovens da delinquência e das drogas. Ou seja, entre os próprios profissionais de saúde existe arraigada uma representação tradicional sobre o papel da mulher e da mãe e uma discriminação da pobreza. Nessa representação se esconde uma incapacidade de relativizar e compreender a influência de inúmeros fatores na educação e no desenvolvimento infantil e juvenil.

De modo geral, entre as famílias prevalecem representações mais tradicionais que atribuem à mãe e esposa funções domésticas ligadas ao cuidado dos filhos, principalmente, e também da casa (Almeida,

2007). A partilha do trabalho doméstico se apresenta em muitos e diversificados arranjos, negociados de forma mais ou menos implícita pelo casal, podendo assumir a forma de *inversão quase completa*, quando a mulher faz pouco ou nada em casa; *inversão parcial*, quando o marido faz a maior parte do trabalho doméstico, mas a mulher assume parte dele quando está em casa; ou, ainda, assumir a *forma clássica* de dupla ou tripla jornada em que a mulher acumula vários períodos de trabalho fora e dentro de casa.

Quando a mulher trabalha como provedora exclusiva sem possibilidade de que o homem volte a assumir essa função, principalmente por doença grave ou crônica, a divisão de responsabilidades dentro do lar se inverte quase totalmente e ela se apropria da lógica masculina do ‘trabalho fora’ para justificar sua retirada da esfera dos compromissos domésticos: “*Eu trabalho fora, eu passo o dia todinho fora de casa, só chego em casa à noite. Então quando eu chego em casa eu não faço nada, já está tudo pronto*” (F5). Em condições de desemprego eventual do marido, essa inversão de papéis pode ou não acontecer, como vimos no caso de F7, em que a mulher acumula tarefas ligadas ao trabalho doméstico, gerência de uma pequena merceria da família instalada ao lado e, ainda, realiza suas atividades profissionais como cabeleireira em salão instalado no que seria sua sala de estar. Na F11, essa inversão é parcial e instável, ou seja, o marido assume a maioria das tarefas domésticas na maior parte do tempo, mas também só as realiza quando quer, valendo-se dos usos e costumes segundo os quais as tarefas caseiras são obrigação da mulher.

Os dois grupos (profissionais e famílias) apontam a sobrecarga de trabalho da mulher como uma constante. Portanto, mesmo quando os papéis domésticos são vividos de modo intercambiável entre membros da família (Khel, 2001), o padrão tradicional predomina como norma. Nesse sentido, discordamos da autora quando afirma que as mudanças na atribuição de funções que vêm ocorrendo no seio das famílias invalidam o uso do *papel* como conceito analítico. Carvalhaes e Benício (2002) ressaltam o aspecto relacional e interdependente dos papéis do marido e da esposa mostrando que, quando existe essa mútua colaboração, a mulher tem mais eficácia em seu papel de mãe e no cuidado da saúde.

A centralidade do papel da mulher na família é reconhecida por todos os entrevistados, assim como suas

habilidades mediadoras e conciliadoras em momentos de conflito, como podemos observar nas falas a seguir: quando a mãe não se preocupa com o filho “*ele pode fazer bobagem, o filho faz o que quer, dorme na rua...*” (F10) e ela será vista por todos como principal responsável pelo mau comportamento, desvio e delinquência dos filhos e pelo seu fracasso quando não os incentiva adequadamente. Pelo fato de a mulher ser vista como principal cuidadora e responsável, a má conduta dos filhos é atribuída a falhas da mãe. Poucos são os entrevistados que cogitaram sobre a falta de tempo ou, o que é mais comum, sobre a falta de disponibilidade e de disposição do pai para assumir, a mãe, a educação das crianças. Nesse particular convivem representações ambíguas e contraditórias que ora evidenciam a responsabilidade de todos, mas a maioria coloca o peso da responsabilidade sobre a mãe: “*É, zelar pelo filho crescendo, educar, ensinar, né? Educação: todo mundo tem que dar educação para os filhos. Aí vem da mãe, o aprender a respeitar as pessoas*” (F2).

Também em situação de desemprego do marido cabe à mãe e esposa “compreender” sua condição e “*dar uma força para ele*” (F11), o que envolve dar apoio moral incentivando-o na situação de constrangimento por não estar podendo cumprir seu papel de provedor e aliviando sua carga de culpa moral por ‘*estar sem fazer nada*’. A mulher é exaltada quando consegue “segurar a barra” e heroicamente apoiar o marido, assumindo a responsabilidade pelo sustento da família.

O sentido do cuidado da casa pela mãe é secundário ao do cuidado com os filhos: este último vem sempre em destaque. Mas também cabe à mulher cuidar das posses da família, fruto do trabalho masculino, que corporificam seu esforço pessoal e sua própria presença dentro de casa. Assim, as representações de papel e de divisão do trabalho apontam um sistema de poder tradicional do homem como provedor e da mulher como “dona” do lar.

No seu papel de “dona” da casa, a mulher aparece como comandante na tomada de decisões, sejam elas domésticas ou não, assumindo uma posição central, como verificamos no discurso de várias famílias e profissionais. Frequentemente, a mulher sozinha toma decisões, adiantando um processo que o homem gostaria de retardar, evitando-lhe aborrecimentos por ter que gerenciar problemas (F7). No entanto, em muitos casos, o que ressalta é sua situação de subordinação

ao comando masculino. Mesmo nessas situações, no entanto, aparecem as expressões que revelam a aquiescência da mulher à submissão e à delegação do poder ao homem. O “jeitinho feminino” e as manobras de influência (Rocha-Coutinho, 1994, 2006; Oliveira, 2004) aparecem sob a forma de estratégias e rituais de apaziguamento na tomada de decisões “fazendo a cabeça do marido” (P8), primeiro ficando submissa a seu poder e, logo em seguida, assumindo uma postura mais ativa. Assim, a posição de supremacia masculina é preservada e o confronto é evitado. Esse modo de lidar com o poder no interior da família é transportado para as relações da mulher fora de casa, onde, em diferentes circunstâncias, ela vai minando o poder, interpretando as prescrições a seu modo.

Como Wagley (1988) indicava, na Amazônia o poder masculino é bastante nuançado pela presença forte das mulheres. O mesmo conclui Costa (2005), que evidencia diferenças entre o comportamento da mulher amazônica, especialmente a das classes populares, em relação ao das outras das regiões do sul e do sudeste. Essas diferenças se traduzem por uma maior autonomia em relação à maternidade fora do casamento - uma sexualidade mais livre, originando daí o mito da mulher lasciva - e uma maior força nas decisões tomadas em relação à família. A presença forte da mãe é respaldada por mitos culturais locais como o das mulheres guerreiras e lutadoras. A influência da cultura indígena com sua racionalidade e concepções sobre o corpo também é importante para entendermos a posição das mulheres, conforme mostram Motta-Maués (1994) e Motta-Maués e Villacorta (2000), pois elas são ao mesmo tempo desprezadas e temidas por seus segredos e poderes. Os próprios profissionais de saúde, algumas vezes, retratam a mulher amazônica como supermãe e semideusa: sendo mais paciente, bondosa, altruísta e forte do que os homens, ela pode suportar as filas e descasos dos serviços de saúde com mais resignação e complacência, sem recorrer a litígios e violência. Os homens são vistos pelos profissionais como sendo mais ignorantes e violentos.

O argumento religioso, que indica a autoridade divinamente instituída do homem sobre a sua família, é reivindicado por famílias e profissionais. Os profissionais invocam esses argumentos religiosos ligando o desempenho do papel de mãe ao fato de ela ‘*ter Deus no coração*’ e também ter o dever de encaminhar toda a

família para a igreja, considerada aliada para a educação e para a proteção do grupo. As famílias constroem o argumento religioso a partir de estruturas discursivas em que, primeiro, invocam o princípio religioso da ‘*liderança masculina*’ de acordo com a Bíblia, e depois o relativizam. Assim, as falas dos familiares são automaticamente nuançadas por exemplos e referências a um processo de tomada de decisões sobre os problemas domésticos em que o casal busca acordo e consenso. A mulher tem um papel bastante importante nesse processo, ajudando a ponderar e a analisar as alternativas. Embora a liderança masculina seja inicialmente invocada, o diálogo e o consenso prevalecem e são valorizados.

Na maioria das vezes, a fala da mulher aparece forte e fechando as questões em discussão. Em algumas famílias, a mulher decide tudo e o poder está claramente centralizado nela, embora haja homens no espaço doméstico. Esses casos ocorrem nas seguintes circunstâncias: situações em que os homens estão desempregados (F2); quando a família é reconstituída, porém a mãe, bem mais velha que o pai, cuida do marido acidentado do trabalho (F4) ou vítima de adoecimento grave (F5). Especialmente nesses casos, o tema do poder desperta forte reação emocional, com risos por parte dos filhos presentes, e falas incisivas dos participantes. O humor aparece aqui como modo de suavizar uma situação possivelmente sentida como estranha, por contrariar a norma social tradicional da masculinidade hegemônica. Em algumas famílias, a liderança do homem é muito forte e, embora existam tensões e polarizações entre o casal (F9, 10 e 11), acaba por prevalecer o estabelecido: a autoridade masculina.

Observamos também que o poder nas famílias estudadas não se encontra igualmente distribuído em todas as dimensões da relação entre o homem e a mulher. Em assuntos de saúde, por exemplo, a mulher tem sempre a autoridade, embora não possa decidir de modo independente. De modo geral, os profissionais tendem a ver esses grupos familiares sob o comando masculino, ao contrário do que dizem as famílias, que apontam na direção da busca de entendimento e consenso entre o casal.

Mulher: a guardiã da saúde?

Ao serem interrogados sobre como a família cuida da saúde, os profissionais imediatamente se reportam

à figura da “mulher que cuida”. As famílias, por sua vez, também assinalam que é através da mulher e mãe que a família fala da saúde de todos. No entanto, as mulheres se referem às condições de saúde dos outros membros, mostrando o quanto os problemas de uns afetam o conjunto, como discute Chodorow (1979) falando da vigência de um ego feminino mais relacional e difuso.

Outro aspecto fundamental é o fato de que os cuidados da saúde são descritos em articulação com outros aspectos mais gerais da vida, como é o caso da alimentação, do trabalho, da limpeza da casa e da atenção ao corpo que deve ser lavado, agasalhado e alimentado. Essa fusão de sentidos e identificação, sobretudo, entre os termos “medicação/comida” e “limpeza/asepsia” marca os cuidados da saúde com a mesma carga de desvalorização que pesa sobre o trabalho doméstico e faz com que esse se torne invisível e ignorado. A arrumação e a higiene da casa são vistas como elementos preventivos importantes dos cuidados relativos ao bem-estar familiar, a ser proporcionado pela mulher, ao lado da dimensão afetiva que ela deve colocar no que faz para os outros membros, particularmente para as crianças (F4).

O autocuidado das mulheres recobre várias ações executadas isoladamente ou em conjunto com outros integrantes da família, especialmente com as crianças. Elas falam das visitas de rotina ao ginecologista para fazer o exame preventivo de câncer, das idas eventuais ao serviço de saúde por causa de sinais e sintomas súbitos, buscando exames e consultas que geralmente são vistos como cuidados excessivos por parte de seus maridos (F4, 7 e 8). Ao lado da atenção que os serviços médicos específicos requerem, as mulheres colocam no âmbito da saúde a depilação do corpo, a higiene com os cabelos, com a boca e as dietas terapêuticas.

Quando atentamos para a lógica interna que preside a visão de saúde, o modelo biomédico prevalece como referência tanto para os profissionais como para as famílias que veem nele a principal forma de cuidar. No entanto, as famílias assumem modelos mais plurais e flexíveis de cuidado que integram ações e concepções pertencentes a diversas dimensões da vida. Aqui a tradição indígena deixa sua marca de modo bem claro. A mulher pratica essa medicina caseira aprendida das mais velhas em sua rede de relações. Crenças e valores ligados à saúde abarcam aspectos biológicos, sociais, emocionais, relacionais na família e relacionais com

entidades míticas; mostrando uma rede de conexões bem mais dinâmica e complexa e a presença de uma lógica inclusiva e associativa: *“Digo, essa planta Deus deixou, foi pra alguma coisa. Aí eu pegava fazia aquele xarope, aquele chá e me pegava com Deus”* (F2). A integração é lógica e possível uma vez *“Que tudo ajuda...”* (F5). Para elas *cuidar* inclui: 1) Remédios caseiros e ervas naturais; 2) Rezas e orações intercessórias com fé; 3) Puxar para as *desmentiduras*; 4) Viver bem com os outros de modo flexível e adaptável: *“Moro aqui, tudo, gosto de todo mundo. Moro ali do mesmo jeito...”* (F2).

“Cuidar”, para os profissionais, é essencialmente recorrer aos serviços e utilizar as medidas higiênicas na esfera da casa, conforme orientação da equipe. Outros recursos aparecem como secundários e por vezes até desnecessários. A observância de prescrições, dietas e a observação atenta de modificações nos estados de saúde não são valorizadas e nem vistas como de grande significado pelos profissionais que entrevis-tamos. Alguns deles inconsistentemente ressaltaram a incompetência das famílias, sobretudo das mulheres, para se cuidarem. A consideração de incompetência em relação às famílias tem por base o fato de muitas mulheres terem baixa escolaridade, mas também porque são qualificadas como pessoas descuidadas e sem vontade de mudar.

As relações das famílias com o serviço de saúde são vistas pelos profissionais de duas formas: (1) a atitude das mães que não cuidam devidamente, porque pouco usam os dispositivos disponíveis: não pesam as crianças, não levam para vacinar e utilizam os serviços oferecidos muito menos do que deveriam; (2) e a de outras que recorrem excessivamente aos serviços, ‘*gostam muito de médico e de remédio*’, e não se aproveitam dos recursos comunitários ou tradicionais, delegando todas as iniciativas dos cuidados aos profissionais de saúde. Nesse último caso, existe um discurso contraditório. Os profissionais, ao mesmo tempo, valorizam as iniciativas da mulher que recorre aos serviços mediante qualquer sinal de doença, mas se queixam de que elas abarrotam o sistema com queixas de pouca importância. Para alguns, essa é a tipologia da *“mulher que fala muito, alvoroça a todos e assedia incessantemente os profissionais”*. É interessante notar que o argumento do uso excessivo de médico e de remédio aparece também como queixa dos homens contra suas mulheres.

As mulheres, contrariamente ao pensamento médico de que são ignorantes e pouco qualificadas, reconhecem a importância dos cuidados da saúde no âmbito doméstico e se afirmam no seu lugar de cuidadoras. Porém, é certo que, frequentemente, as condições objetivas e concretas das moradias e também as socioeconômicas limitam suas possibilidades e desmentem seu discurso, geralmente correto e perfilado com as normas da medicina oficial.

O marido é assistido pela mulher, da mesma forma que acontece com os filhos. É ela que o leva ao médico, pede exames, explica para o médico o que ele sente e como seus sintomas vêm se desenvolvendo no tempo. Como relata um deles: “*Até eu quando adoeço, é ela que vai comigo. Eu peço a ela: Ó, vai comigo! É ela que sabe mais falar, como lidar com isso aí. Aí ela vai comigo*” (F9). A mulher, em geral, chega a ter familiaridade e a dominar o jargão médico, o que lhe confere certa notoriedade na família.

Na ausência de filhos a mulher direciona seu carinho, atenção e cuidado ao marido, de modo substitutivo, “*O meu papel, enquanto mulher, é cuidar da casa, cuidar dele, que eu não tenho nenhum filho. E dar atenção a ele. Dou carinho a ele porque eu não tenho filho para dar carinho*” (F8). O marido nessa família parece incorporar simbolicamente funções cruzadas de filho e de pai, pois a esposa o chama de “*pai*” e ele a trata por “*filha*”, ao mesmo tempo em que é cuidado por ela como criança, “*filho*”. Ela, por sua vez, joga o jogo simbólico assumindo a posição alternante de “*mãe*” que dá carinho e atenção ao marido e, ao mesmo tempo, de “*filha*” protegida dele.

É importante observar que quando há mudanças na divisão do trabalho e a mulher tem que assumir a posição de provedora exclusiva, a lógica masculina se instala na área dos cuidados com a saúde: especialmente os controles médicos passam a rarear em relação ao uso dos serviços pelos membros da família, porque esses teriam que ser providenciados pelo homem que fica em casa. Mas o mundo do trabalho fora de casa também impõe restrições ao acompanhamento dos problemas de saúde pessoal e dos familiares à mulher. Exemplo disso é o caso descrito pela F5, em que a mãe, por estar trabalhando fora, nega seu estado de hipertensão, desobedece a dietas e falta a consultas marcadas, pois os horários são incompatíveis com seu emprego. Em situações como essa, as filhas e o marido

se preocupam, marcam consultas, deixam lembretes na geladeira, buscam medicamentos em farmácias comunitárias ou em serviços de distribuição gratuita, preparam remédio caseiro, mas a mulher continua a não se cuidar, alegando falta de tempo.

Embora a condição de provedora da atenção à saúde possa dificultar o autocuidado por parte da mulher e levá-la a adotar uma postura de negligência e negação de sintomas, isso não significa que ela se ausente das preocupações com os seus. No caso de adoecimento das crianças, a mãe falta ao trabalho e prioriza o acompanhamento dos filhos, mesmo quando isso pode acarretar perdas financeiras ou até ameaça de demissão. Diferentemente do homem, ela se sente legitimada para agir assim, por causa das expectativas sociais que recaem sobre ela.

O uso de chás caseiros é visto pela mulher como um recurso importante para tratar de sua saúde, especialmente no caso das assim chamadas inflamações femininas. Ela aprende com as mulheres mais velhas o uso das ervas. Os sintomas de mal-estar vividos pela mulher no cotidiano muitas vezes não são investigados por falta de acesso ao serviço de saúde, sempre lotado e com demora para conseguir consultas. Muitas se queixaram que os exames realizados perdem sua validade porque lhes é difícil conseguir data para consulta de retorno. A mulher suporta essa verdadeira ‘saga’ quando se trata de cuidar da saúde de outros, especialmente dos filhos, mas para si mesma seu ânimo muitas vezes esmorece. Esse é um dos motivos pelos quais muitas recorrem a medidas mais acessíveis e caseiras, como as ervas e a busca da farmácia do bairro, o que contribui para a automedicação.

Além das dificuldades de acesso aos serviços, da falta de médicos, das longas filas de espera e da falta de medicamentos gratuitos, o uso dos serviços públicos pelas mulheres pode ser desencorajado pelo marido, como vemos na F11. Nessa, a esposa só recorre ao médico em situação de emergência, caso contrário, usa a farmácia do local. Em situações de extrema urgência e de exceção, apela à rede particular, recebendo para isso a ajuda financeira da família do marido. Nesse caso concreto, quando a mulher conseguiu o atendimento, não fez o tratamento por dificuldades financeiras para acesso aos medicamentos prescritos. Essa falta de provimento denunciada pela esposa que ressaltou seu problema de saúde durante a entrevista foi escamoteada

pelo marido que preferiu desqualificar os serviços.

Não só o cuidado de si pode ser obstaculizado por dificuldades relacionais entre o casal, mas também o cuidado do outro. Quando a relação é marcada por autoritarismo masculino e dependência afetiva, a mulher fica refém do parceiro mesmo no que tange ao cuidado da saúde, campo tradicional de seu domínio: “*Eu praticamente não faço nada, porque ele já faz tudo. Porque ele já cuida. Só assim alguma coisa que precisa de uma opinião*” (F11). No caso de machismo exacerbado, a mulher pode ser desautorizada e sua ação deslegitimada. Ou seja, para exercer o cuidado, a mulher tem que contar com o reconhecimento e a legitimação dos membros da família, caso contrário ela se sente em falta. Nesse grupo familiar em concreto, a mulher buscou resgatar, na biografia do casal, algum momento em que tenha podido exercer o cuidado ‘devido’ ao marido, reequilibrando simbolicamente seu papel.

Em síntese, o exercício do autocuidado pela mulher pode ser prejudicado por rivalidades, hostilidades e disputas ou dependência no interior da própria vida doméstica. Na F11, o marido atlético e regrado na alimentação retrata a esposa como alguém descuidada, que não faz exercícios nem dieta alertando para os perigos de que ela se distancie do modelo estético desejável. Nesse caso, a busca de cuidados médicos por parte dela é desencorajada pelo marido que rotula os problemas de saúde da esposa como falta de autocuidado. “[Os médicos dizem que] é *anemia, só porque ela é branca*”. Nesse caso, o homem é negro, embora a questão racial não apareça diretamente no discurso dos entrevistados.

O adoecimento da mulher numa casa de pobres geralmente coloca toda a família numa situação de muita insegurança e perturbação, como expressa um marido: “*Ela [faz muita falta] é a alma do negócio aqui*” (F7). A excepcionalidade da situação de ocorrência de uma enfermidade é expressa por reações de riso, gracejos e surpresa: “*Aí tem que agir! Aí pronto, aí acaba! Aí física difícil, todo mundo vai e fica doente! Aí todo mundo adoece! Fica todo mundo murcho*” (F7); “*Quando adoece, complicou! Tudo desanda, ela quer cuidar mesmo não podendo!*” (P21). Quando a situação de adoecimento da mãe/esposa não é muito grave, geralmente ela se vê compelida a continuar ativa, desgastando ainda mais suas escassas energias. O fato de a mulher estar

adoentada e de cama não significa absolutamente sua passividade, pois ainda assim permanece interferindo na vida doméstica e monitorando o andamento das atividades: “*mesmo deitada eu tenho que ficar dizendo: ‘Olha, já fez isso? Já fez o almoço? Já deu o remédio para o mano? Eu estou sempre dando uns toques pra coisas poderem caminhar*” (F7). No entanto, na maioria dos casos existe solidariedade dos membros da família: do marido menos, e mais das filhas e das cunhadas e de outras mulheres parentes que vivem na mesma casa ou moram mais distantes. Esse cuidado é considerado uma obrigação recíproca, pois como se refere uma das mães: “*Eles também [cuidam], porque eu dou exemplo. ‘Eu cuido deles, também quando eu caio, estou doente, eles cuidam de mim: meu esposo, minha nora, minha filha*” (F2).

Porém, ouvimos casos em que a mulher adoecida não conta com nenhum amparo imediato da família próxima, extensa e nem da vizinhança: “*Eu mesmo, mana, quando eu adoeco, eu sou só eu mesma. É bem difícil ele ir comigo, eu vou sozinha, eu não espero muito por ele não*” (F3). O cuidado só vem quando de fato é impossível se aguentar sozinha.

Como vários estudos demonstraram (Valla, 2000; Andrade e Vaitsman, 2002; Sluzki, 2003; Sarti, 2005a, 2005b; Serapioni, 2005), as redes de apoio social são importantes formas de prover cuidados à saúde da família. Observamos, no entanto, que quando a mulher adoece, as figuras agenciadas para prover cuidados geralmente são outras mulheres, consanguíneas ou não, que se encarregam especificamente dos serviços domésticos e da rotina da casa. O cuidado com a doente, porém, fica em falta e é muito frequente que a mulher recorra sozinha ao médico e cuide de si mesma. Além disso, quando a ajuda é dada por parentes que vêm do interior, como é frequente ocorrer, essas mulheres não conhecem o modo de funcionamento dos serviços de saúde e nem têm traquejo para conduzir a doente aos locais e serviços adequados.

Geralmente, nos casos de adoecimento da esposa, os cuidados por parte do marido são limitados concretamente em função de seu regime e horário de trabalho. Mas também o sistema de saúde não facilita: existe uma dificuldade real de ele estar presente nos casos de internação, pois não é permitida a permanência masculina nas enfermarias femininas.

Considerações Finais

A partir das reflexões anteriores, podemos dizer que as mulheres entrevistadas por nós cuidam dos membros de suas famílias de forma bastante ampla abrangendo várias pessoas e em diversas dimensões de cuidado: (1) cuidados físicos e ambientais (alimentação limpa e balanceada, tratamento da água, limpeza do ambiente, higiene dos utensílios e corporal); (2) acompanhamento das ações e prescrições médicas (marcação de consultas, acompanhamento ao médico, obtenção dos medicamentos, observação de doses e horários de administração de medicamentos, tempos de intervenção médica como vacinas e *check-up* dentário, ida ao banheiro, banho e comida na boca quando necessário); (3) monitoramento da saúde na vida diária (aconselhamento, detecção precoce de doenças, verificação de sinais de doença, uso de informações dadas por vizinhas, parentes e serviços sobre sinais e sintomas, observação da progressão e mudança no estado do doente). Muitas dessas práticas, senão todas, são de grande importância para a resolutividade dos serviços médicos, daí o papel essencial da mulher como promotora da saúde. No entanto, é importante ressaltar que sua ação e eficácia são influenciadas por aspectos da realidade concreta, que delimita recursos e possibilidades, e por aspectos da dinâmica relacional da família - da qual faz parte - que favorece ou dificulta seu desempenho.

Ao examinar os dois grupos, verificamos consenso no que diz respeito à centralidade do papel da mulher e mãe na família como provedora de cuidados da saúde, bem como reconhecem as habilidades mediadoras da mulher no contato com o mundo social mais amplo que envolve os serviços de saúde.

A lógica do cuidado oferecido pela mulher na família deriva da experiência cotidiana e interativa com as pessoas envolvidas por seu cuidado. Nesse cenário, nuançando sua ação de cuidar, atuam os *papéis* sociais atribuídos a ela enquanto mulher e mãe, os *trabalhos* que concretizam esses papéis e as relações de poder que se estabelecem entre os vários atores na família.

Diversos arranjos de negociação de papéis e poder ocorrem e, quando a mulher trabalha fora, muitas vezes acaba assumindo a lógica masculina negligenciando o cuidado da saúde. No contexto investigado em Manaus, encontramos uma mulher ativa e de presença forte nas decisões. A autoridade masculina e a submissão

feminina são nuançadas na família, pois o lugar da mulher é valorizado como importante fonte de cuidado para todos, também do marido. O autocuidado da saúde da mulher aparece fundido ao cuidado dos outros. E a saúde é cuidada abarcando um conjunto complexo de elementos de diversas naturezas, inclusive os tratamentos tradicionais transmitidos entre mulheres intergeracionalmente. A mulher é cuidada por outros com grande dificuldade e quando este cuidado é dispensado envolve, no mais das vezes, mais o cuidar da casa e menos da mulher doente.

A lógica dos profissionais no julgamento da mulher é bem diversa. Para eles as mulheres não cuidam e, com isso, geram a delinquência dos filhos; são acomodadas, usufruindo do assistencialismo dos governantes. Poucos reconhecem a condição de falta de amparo e apoio da mulher, no entanto, apropriam-se das assim chamadas características femininas de maior paciência e melhor comunicação para fazer ponte com a família. Para eles cuidar envolve essencialmente recorrer ao serviço de saúde e buscar tratamento profissional, mas que também não venham sempre e tanto aos serviços.

As diferenças de poder nas relações familiares parecem encontrar eco nas diferenças de poder entre usuários e famílias. As muitas falas de autorreferência em que o profissional dos serviços se coloca como modelo a seguir, como ‘ideal de mãe’, destacando-se da cena em que é mais um comunitário para incorporar a lógica excludente do serviço, quebram com a lógica de solidariedade e aliança que fundamentam o Programa Saúde da Família. Nesse lugar, esses profissionais assumem a posição de autoridades vigilantes, verdadeiras figuras parentais persecutorias. A emergência de um clima de hostilidade e críticas aparece aí como uma consequência indesejável que impede uma mais livre comunicação com a família inteira, a considerar que a mulher é a porta de entrada dos profissionais para o acesso aos outros membros da família.

Podemos questionar também os impactos de concepções de colorido tão depreciativo que pesam sobre a figura da mulher/mãe nas relações entre profissionais e mães, principais usuárias nos atendimentos dispensados às famílias. Entendemos, como expusemos, que ainda que não há uma relação direta e linear entre representações e práticas, elas interagem entre si numa relação dialética e recursiva originando relações e processos nos quais as marcas dos elementos simbó-

licos das representações se reapresentam. Apostamos, assim, que a relação das famílias com os serviços e, em última análise, a qualidade dos atendimentos ficam comprometidos por essa situação que, sem dúvida, pede por revisão.

Referências

- ALMEIDA, L. S. Mãe, cuidadora e trabalhadora: As múltiplas identidades de mães que trabalham. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, Niterói, v. 19, n. 2, p. 411-22, jul./dez. 2007.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-34, 2002.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 16, n. 3, p. 233-9, set./dez. 2000.
- CHODOROW, N. Estrutura familiar e personalidade feminina. In: ROSALDO, M. Z.; LAMPHERE, L. (Orgs.). *A mulher, a cultura, a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 65-94.
- CARVALHAES, M. A. B. L.; BENÍCIO, M. H. D. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 188-97, abr. 2002.
- COSTA, H. L. C. *As mulheres e o poder na Amazônia*. Manaus: EDUA, 2005.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- DESOUSA, E.; BALDWIN, J. R.; ROSA, F. A construção social dos papéis sociais femininos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 485-96, 2000.
- GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1992>. Acesso em: 30 out. 2008.
- KHEL, M. R. Lugares do feminino e do masculino na família. In: COMPARATO, M. C. M.; MONTEIRO, D. S. F. (Orgs.). *A criança na contemporaneidade e a psicanálise: família e sociedade, diálogos interdisciplinares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 29-38.
- LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.). *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MOTTA-MAUÉS, M. A. 'Lugar de mulher': representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia (Itapuá/Pará). In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 113-25.
- MOTTA-MAUÉS, M. A.; VILLACORTA, G. M. Matintapereras e pajés: gênero, corpo e cura na pajelança amazônica (Itapuá/PA). In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 24., 2000. Belém, PA. *Anais...* GT11 - Pessoa, Corpo e Doença - Sessão 3, Doença, Gênero e Diferença Social. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/anpocs00/gt11/oogt1132.doc>>. Acesso em: 30 out. 2008.
- OLIVEIRA, K. L. C. *Quem tiver a garganta maior vai engolir o outro: sobre violências conjugais contemporâneas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- PASSOS, M. C. Nem tudo que muda, muda tudo: um estudo sobre as funções da família. In: FERES-CARNEIRO, T. (Org.). *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-RIO, 2005. p. 11-23.
- REIS, J. F. R. T. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgss.). *Psicologia social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 2001. p. 99-117.
- ROCHA-COUTINHO, M. L. *Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

- ROCHA-COUTINHO, M. L. Transmissão geracional e família na contemporaneidade. In: BARROS, M. L. (Org.). *Família e gerações*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 93-106.
- ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 73-88.
- SALEM, T. *O velho e o novo: um estudo de papéis e conflitos familiares*. Petrópolis: Vozes, 1980.
- SARTI, C. A. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo: Cortez, 2005a.
- SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez/Instituto de estudos especiais - PUC/SP, 2005b. p. 21-36.
- SCAVONE, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.) *Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco/UNFPA, 2005. p. 99-109.
- SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no programa de saúde da família no Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.) *Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco/UNFPA, 2005. p. 39-61.
- SCOTT, P. Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa de Saúde da Família. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.) *Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco/UNFPA, 2005. p. 73-98.
- SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 0, p. 243-53, set./dez. 2005
- SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface*, Botucatu, v. 4, n. 7, p.37-56, ago. 2000.
- WAGLEY, C. *Uma comunidade amazônica: estudo do homem nos trópicos*. São Paulo: Edusp, 1988.

Recebido em: 27/11/2008

Reapresentado em: 06/05/2009

Aprovado em: 07/05/2009