

as etnografias apresentadas neste volume, as
s emergem como sujeitos ativos, capazes de
negociar e reinventar as informações e os
s que lhes são ofertados por adultos. Por meio
enas analisadas aqui, por pesquisadoras
s de diversas partes do mundo, as redes
ionais organizadas em nome da criança -
onais da psicologia, do trabalho social e do
assim como as políticas públicas e as próprias
ssumem novas cores e tomam novo fôlego.

ISBN 978-85-205-0827-5



9 788520 508275



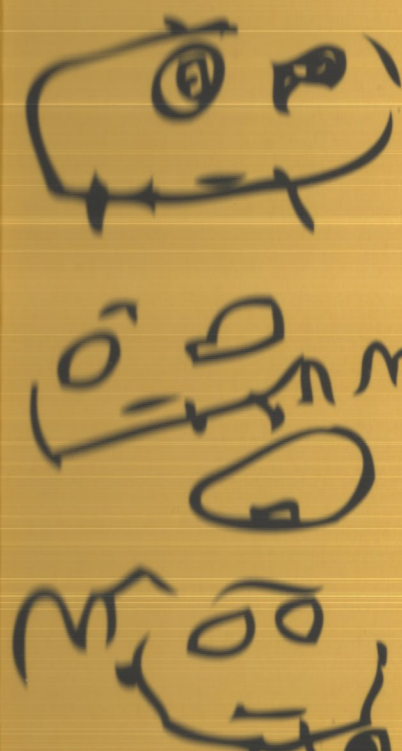
Editora Sulina

www.editorasulina.com.br

CAPES

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Pesquisas sobre família e infância no mundo contemporâneo Organizadoras Claudia Fonseca Chantal Medaets Fernanda Bittencourt Ribeiro



Pesquisas sobre família e infância no mundo contemporâneo

Organizadoras

Claudia Fonseca
Chantal Medaets

Fernanda Bittencourt Ribeiro



Conselho editorial

Alex Primo – UFRGS
Álvaro Nunes Laranjeira – UTP
André Parente – UFRJ
Carla Rodrigues – PUC-Rio
Ciro Marcondes Filho – USP
Cristiane Freitas Gutfreind – PUCRS
Edgard de Assis Carvalho – PUC-SP
Erick Felinto – UERJ
Francisco Rüdiger – PUCRS
Giovana Scareli – UFSJ
J. Roberto Whitaker Penteado – ESPM
João Freire Filho – UFRJ
Juremir Machado da Silva – PUCRS
Marcelo Rubin de Lima – UFRGS
Maria Immacolata Vassallo de Lopes – USP
Michel Maffesoli – Paris V
Muniz Sodré – UFRJ
Philippe Joron – Montpellier III
Pierre le Quéau – Grenoble
Renato Janine Ribeiro – USP
Rose de Melo Rocha – ESPM
Sandra Mara Corazza – UFRGS
Sara Viola Rodrigues – UFRGS
Tania Mara Galli Fonseca – UFRGS
Vicente Molina Neto – UFRGS

Pesquisas sobre
família e infância
no mundo contemporâneo

Organizadoras

Claudia Fonseca

Chantal Medaets

Fernanda Bittencourt Ribeiro

Apoio:



Copyright © Autores, 2018

Capa: *Cléo Magueta, sobre arte de Lucas Richter; desenhos de Vinícius Fragoso*

Projeto gráfico e editoração: *Vânia Möller*

Revisão: *Vânia Möller*

Revisão gráfica: *Rafael Heidi Martins Trombetta*

Editor: *Luis Antônio Paim Gomes*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação CIP
Bibliotecária Responsável: Denise Mari de Andrade Souza – CRB 10/960

P474

Pesquisas sobre família e infância no mundo contemporâneo /
organizado por Claudia Fonseca, Chantal Medaets e
Fernanda Bittencourt Ribeiro. -- Porto Alegre: Sulina, 2018.
246 p.; 23 cm.

ISBN: 978-85-205-0827-5

1. Antropologia Social. 2. Antropologia da Família. 3. Infância.
4. Ciências Sociais. 3. Família. 4. Parentesco. I. Fonseca, Claudia. II. Medaets,
Chantal. III. Ribeiro, Fernanda Bittencourt.

CDU: 316

572.3

CDD: 306.85

570

Todos os direitos desta edição reservados à
Editora Meridional Ltda.
Rua Leopoldo Bier, 644, 4º andar – Santana
CEP: 90620-100 Porto Alegre-RS

Tel: (0xx51) 3311-4082

www.editorasulina.com.br

e-mail: sulina@editorasulina.com.br

{Setembro/2018}

IMPRESSO NO BRASIL/PRINTED IN BRAZIL

Sumário

- 7 | Prefácio
Claudia Fonseca, Chantal Medaets e Fernanda Bittencourt Ribeiro
- Parte I: Imagens de crianças, infâncias e famílias**
- 23 | Os limites do conceito de família na Itália: processos de *kinning* e *de-kinning*
em configurações familiares homoparentais
Alice Sophie Sarcinelli
- 41 | O nome da lei: violências, proteções e diferenciação social de crianças
Fernanda Bittencourt Ribeiro
- 66 | Concepções de infância, vulnerabilidade e ética na pesquisa com crianças
Renata Lopes Costa Prado e Marcos Cezar de Freitas
- 85 | A fabricação estatal da indiferença parental: agruras da reintegração familiar
Claudia Fonseca
- Parte II: Participação política de crianças e jovens**
- 109 | Entre la tutela y la represión: nociones sobre la infancia y la identidad
mapuche ante la participación política infantil en Neuquén, Argentina
Andrea Szulc
- 130 | “De cabeça e com o coração”: o fazer política de jovens ocupantes das escolas
estaduais de Porto Alegre (maio e junho 2016)
Chantal Medaets, Nadège Mézié e Isabel Carvalho
- 153 | Infancias en debate: las experiencias infantiles durante la última dictadura
argentina
Valeria Llobet
- Parte III: Modos de cuidado: estado, comunidade, família**
- 173 | A negação e a invenção da infância: mudanças geracionais a partir do
Programa Bolsa Família
Flávia Pires e Patrícia Oliveira Santana dos Santos
- 197 | Sentidos y prácticas sobre el cuidado infantil en ámbitos estatales de
atención de la salud en el partido de La Plata, Argentina
María Adelaida Colangelo
- 215 | “Mães nervosas”: um ensaio sobre a raiva entre mulheres populares
Camila Fernandes
- 232 | Trabajo infantil en clave de cuidado: explorando un modo de análisis
Laura Frasco Zuker
- 241 | Sobre os autores

WANDERLEY, M. de N. B. Olhares sobre o Rural Brasileiro. *Revista Raízes*. 23 (1-2), 2004.

YAMIN, G. A.; MELL, R. R. Um estudo de caso para a compreensão da infância rural. *II Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos: a pesquisa qualitativa em debate*. Bauru, 2004.

Sentidos y prácticas sobre el cuidado infantil en ámbitos estatales de atención de la salud en el partido de La Plata, Argentina

María Adelaida Colangelo

Introducción

El cuidado infantil ocupa un lugar central en las preocupaciones e intervenciones cotidianas de los equipos de atención de la salud, especialmente de aquellos que se desempeñan en efectores públicos destinados a la atención primaria. En efecto, los modos de criar y atender cotidianamente a los niños, sobre todo durante sus primeros dos años de vida, son temas en torno de los cuales gira gran parte de las consultas y de los procesos de atención de la salud. Este interés por el cuidado infantil no se limita a los profesionales médicos, sino que involucra a otros integrantes los equipos de salud: enfermeros, promotores de salud, psicólogos, trabajadores sociales.

Entendido en términos generales como el conjunto de prácticas materiales y simbólicas, socialmente producidas y organizadas, orientadas a mantener la vida de los niños y su bienestar (Llobet, 2011; Pautassi; Zibechi, 2013), el concepto de “cuidado infantil” aparece estrechamente relacionado con el de “crianza”, si bien este último hace especial énfasis en los procesos de atención y formación de los niños que se producen en los entornos más próximos, como las familias, durante los primeros tramos de la vida. En este sentido, el análisis del cuidado trasciende el ámbito doméstico e implica considerar un conjunto más amplio de actores e instituciones particulares, comunitarios

o estatales (Llobet, 2011; Faur, 2014), entre los cuales se encuentran los establecimientos estatales de atención de la salud.

El cuidado infantil se torna materia de intervención en las instituciones sanitarias a partir de un intenso proceso de medicalización de la crianza iniciado en Argentina hacia fines del siglo XIX (Colangelo, 2012). El mismo implicó tensiones, disputas y negociaciones –que aún hoy continúan– entre el saber médico y los saberes populares, tradicionales y religiosos sobre la crianza, en un proceso a través del cual se construyó la creencia en legitimidad de la medicina como saber experto en el cuidado infantil, aunque no devino en una transformación total de las prácticas.

Los niños aparecen como los principales destinatarios de las políticas públicas de salud, junto con las mujeres en su condición de madres. Así, tal como lo muestran Nari (2004) y Pozzio (2007) para diferentes momentos históricos, “niños” y “madres” son considerados la población más vulnerable –la “población materno-infantil”– y, por lo tanto, la que debe ser atendida en forma prioritaria. Desde esta perspectiva maternalista, la protección de la mujer madre es considerada también una manera indirecta de cuidar a los niños.¹

Partiendo de estas consideraciones generales, en este trabajo se propone reflexionar sobre los sentidos y prácticas sobre el cuidado infantil –y las concepciones de infancia, familia, maternidad, cuerpo a él vinculadas– puestas en juego por los agentes de diferentes instituciones estatales de atención de la salud en el partido de La Plata, Argentina.² Ello requirió de una aproximación a las prácticas cotidianas allí desarrolladas, a fin de poder ver, de alguna manera, los encuentros –o

¹ Si bien el análisis del enfoque maternalista de las políticas públicas de salud no es el foco de este trabajo, cabe señalar que categorías como las de “binomio madre-hijo” o “salud materno-infantil”, aún vigentes en las mismas, se construyen de conjunto con el procesos de medicalización de la crianza infantil, entre fines del siglo XIX y comienzos del XX (Nari, 2004; Colangelo, 2012).

² La Plata es la capital de la provincia de Buenos Aires. “Partido” es el nombre que reciben en la provincia de Buenos Aires las divisiones territoriales y administrativas correspondientes a los municipios. En este caso, abarca el casco urbano de la ciudad de La Plata y varias localidades periurbanas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, en 2010 el partido de La Plata contaba con una población de 654.324 habitantes.

desencuentros– entre el cuidado propuesto por los profesionales de la salud y los cuidados realizados por las familias. El interés, entonces, estuvo centrado en las prácticas concretas, situadas, heterogéneas a través de las cuales el cuidado infantil es abordado en espacios estatales de atención de la salud que atienden a la población de sectores populares y sectores medios bajos, culturalmente diversa. Esto ha sido realizado a partir de dos investigaciones de carácter etnográfico.

La primera de ellas fue llevada a cabo hace poco más de diez años, en el consultorio de “Niño Sano” del Servicio de Pediatría de un importante hospital público, dependiente de la administración provincial, situado en una localidad que dista 10 km del centro de la ciudad. El énfasis estuvo puesto en la observación del proceso del llamado “control de niño sano”.

Como continuación de ese trabajo, actualmente se está explorando el modo en que el cuidado infantil es abordado en dos centros de atención primaria de la salud (CAPS), que dependen del gobierno municipal y están situados en diferentes localidades, una de ellas contigua al casco urbano; la otra, a unos 10km de distancia. Esta indagación pone el foco en las prácticas y representaciones del equipo de salud y en la relación que se establece entre éste y las familias usuarias del servicio. Aquí no se pretende profundizar en cada una de estas investigaciones particulares, sino recuperar algunos interrogantes y líneas de análisis que los atraviesan y que pueden ser profundizadas.

El análisis propuesto hace indispensable tener en cuenta las condiciones y ámbitos de trabajo de los equipos de salud que, con frecuencia, lejos de corresponder a los ideales de la atención de la salud, implican condiciones de precariedad institucional, laboral, de recursos, edilicia.³ Estas condiciones se acentúan en los CAPS, haciendo que las reflexio-

³ El Servicio de Pediatría del hospital está integrado por médicos de planta, residentes y enfermeros; en caso de ser necesario, se realizan derivaciones a otros servicios dentro del mismo hospital, entre ellos, los de Psicología y Servicio Social. En los CAPS, el equipo de salud está integrado por médico pediatra y/o generalista, ginecóloga u obstétrica, odontólogo, enfermeros, promotores de salud, trabajador social, psicólogo (pudiendo algunos de estos profesionales no estar o ser “compartidos” entre dos Centros).

nes sobre el cuidado cobren otras dimensiones, que llevan a preguntarse acerca del que reciben los propios cuidadores de los niños –familias y personal de salud. La sensación de “descuido” que percibe el personal de salud es expresada por una profesional de uno de los CAPS, quien explica las dificultades del trabajo cotidiano:

[...] por la descalificación, porque es de poca monta, te comparan con el hospital, porque siempre los que estamos acá sabemos menos que el resto y, en realidad, somos los que estamos en el barro y conocemos a la gente (Entrevista psicóloga CAPS, 2017).

Abordajes del cuidado infantil en los ámbitos estatales de atención de la salud

Los ámbitos de atención de la salud pueden ser considerados como espacios donde constantemente se producen apreciaciones e intervenciones con respecto a los cuidados recibidos por los niños. Las pautas de cuidado cotidiano y la educación del niño suelen ser temas en torno de los cuales gira gran parte de la consulta pediátrica, sobre todo si se trata del control periódico de salud.⁴

“El control”, como lo nombran habitualmente los usuarios y los profesionales del sistema de salud, constituye un espacio y un proceso donde se condensan y se ponen en juego múltiples representaciones acerca de la niñez, el cuidado, la familia y la maternidad. Considerado como un elemento central de la atención primaria de la salud y sus estrategias eminentemente preventivas, el control de salud del niño sano implica una serie de acciones: medir, pesar, observar, registrar, comparar, evaluar, interrogar, indicar; acciones que configuran una rutina que, con variaciones, se pone en práctica en los consultorios pediátricos de las diferentes instituciones de salud estudiadas.

⁴ De acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación, el control del niño sano, también llamado control de crecimiento y desarrollo, debe realizarse con la siguiente frecuencia: de 1 a 6 meses: cada mes; de 6 a 12 meses: cada 2 meses; de 1 año hasta el año y medio: cada 3 meses; del año y medio hasta los 3 años: cada 6 meses; de 3 a 6 años: uno por año.

A partir de las observaciones realizadas en éste y otros momentos de atención de la salud infantil, han surgido varios interrogantes: ¿Qué aspectos del cuidado son abordados en los ámbitos estatales de atención de la salud? ¿De qué se habla cuando se habla de cuidado? ¿Qué relaciones se establecen entre cuidado y salud? ¿Cómo se materializa el cuidado infantil en características visibles, observables, evaluables para los agentes del sistema de salud? Es decir, ¿dónde ver? ¿Cómo hacer para saber cómo es cuidado un niño? ¿Qué modos de tratar al niño son considerados como cuidado y cuáles no?

En relación con estos interrogantes, el análisis ha permitido delinear provisoriamente tres ejes que atraviesan el abordaje del cuidado realizado por los equipos de atención de la salud infantil: la centralidad del cuerpo del niño, el papel atribuido a la madre y a la familia, y el lugar asignado a las diferencias culturales.

El cuerpo infantil como evidencia de los cuidados recibidos

Si la atención de la salud infantil, especialmente en “el control”, conlleva una evaluación de los cuidados recibidos por el niño en la familia (y, como veremos más adelante, de la capacidad de ejercicio de la maternidad por parte de la mujer que tiene un hijo), ¿cómo se evidencia ese cuidado a los ojos del personal de salud? Es el examen del cuerpo infantil, complementado en mayor o menor medida con las preguntas realizadas a los adultos que acompañan al niño, el que proporciona los elementos necesarios para una primera evaluación del modo en que está siendo criado.

Así, en cada control de salud, el médico pesa y mide al niño, observa sus conductas y actitudes, registra y compara los datos obtenidos con los parámetros estandarizados de crecimiento y desarrollo, interroga y da indicaciones a los adultos responsables de la crianza sobre la alimentación, hábitos de sueño, juegos, aptitudes y capacidades motrices, aspectos emocionales, etc. A lo largo de todo este proceso el cuerpo del niño aparece como el territorio donde son leídos, a modo de evidencia, los cuidados que se le han brindado.

No son demasiado los trabajos antropológicos o sociológicos que tengan el cuerpo del niño como eje de sus análisis. Al respecto, se considera importante recuperar los aportes de James, Jenks y Prout (1998) quienes, luego de revisar algunos trabajos producidos sobre el tema, plantean la necesidad de poner el foco en los cuerpos materiales de los niños como un modo de análisis que permite explorarlos al mismo tiempo como un constructo del discurso y como un aspecto de la experiencia de las vidas de esos niños que modela relaciones sociales tanto como es modelado por ellas. En ese sentido, alertan sobre la necesidad de no perder de vista la materialidad del cuerpo infantil, desdibujada en ciertos enfoques constructivistas que sólo lo ven como mero efecto del discurso; materialidad del cuerpo que, no obstante, no equivale a las versiones de la biología o de la ciencia médica occidental, ni puede ser pensada por fuera o independiente de los sentidos social y culturalmente construidos. En un contexto más próximo, puede establecerse un diálogo con los trabajos de Grinberg (2010) quien, en su análisis de la construcción social del maltrato infantil da cuenta del lugar del cuerpo y su materialidad en la definición de los intolerables socialmente definidos con respecto a la infancia.

En el caso concreto aquí estudiado, a partir de la lectura médica de las características del cuerpo del niño –lectura que implica una particular cartografía y teoría sobre ese cuerpo– se derivan intervenciones concretas sobre él y su familia, que trascienden el espacio de los establecimientos de salud.

El cuerpo infantil concebido por la medicina es un cuerpo en transformación, cuya normalidad está dada por la capacidad de cambiar, de aumentar de tamaño y complejizarse progresivamente, dentro de un recorrido esperable. Las nociones de crecimiento y desarrollo sintetizan esas características y constituyen el núcleo de la concepción de la niñez que ha ido construyendo y sobre la que se funda la pediatría –aunque no sólo ella– y la condición vital que ha permitido a esta especialidad médica recortar la infancia de las otras etapas de la vida, así como periodizarla en sub-etapas (recién nacido, lactante, primera infancia, segunda infancia, adolescencia) (Colangelo, 2008).

Una serie de parámetros, entre los que se destacan las medidas antropométricas de peso y talla o estatura, en su relación con la edad, han sido construidos por la pediatría como los indicadores del crecimiento, como medidas que expresan, traducen ese proceso a través de las variaciones corporales y su posibilidad de cuantificación. Su utilización requiere de la construcción de patrones de normalidad, elaborados estadísticamente, que ofician de parámetros de comparación para las medidas de los niños y poblaciones infantiles reales. El aumento de tamaño corporal también reflejaría indirectamente el desarrollo infantil, proceso que es evaluado más específicamente mediante la observación de la presencia de determinados eventos o “hitos madurativos” en los momentos esperados del curso de la niñez – cierre de las fontanelas, dentición, capacidad de permanecer sentado, aparición del habla, comienzo de la marcha, entre otros– también establecidos mediante la edad promedio en que suceden en la mayoría de los sujetos.

La práctica de cuidado que concentra la mirada del personal de salud, en tanto estrechamente vinculada con los procesos de crecimiento y desarrollo, es la alimentación. Aunque gran parte de las campañas de promoción de la salud siguen poniendo el foco en el incentivo a la lactancia materna, no es esta la práctica que preocupa a los profesionales entrevistados, quienes reconocieron que está muy arraigada en las poblaciones con las que trabajan. La atención se concentra más bien en la alimentación –composición y modo de administración– posterior al destete.

Si en el momento en que se realizó la investigación en el hospital público, en años inmediatamente posteriores a la crisis económica y política que estalló en Argentina en 2001, el problema que más se evidenciaba era la desnutrición, actualmente el tema más mencionado por los médicos es el sobrepeso, aún en niños muy pequeños. Por exceso o por defecto, la alimentación produce cambios que alejan a los cuerpos de los niños de los estándares de normalidad, tal como también lo advierte Serre (1997) en otro contexto.⁵ El cuerpo excedido en peso es

⁵ Serre (1997), en su estudio sobre la atención materno-infantil contemporánea en Francia, encuentra la construcción de una taxonomía corporal y de comportamientos: gordo/delgado,

tomado como la evidencia de un desorden en las costumbres alimentarias de la familia.

Luego, entre las indicaciones sobre el cuidado realizadas por los médicos, siguen las que tienen que ver con la higiene corporal, con la prevención de enfermedades estacionales y de accidentes domésticos, así como algunas indicaciones sobre el modo en que deben dormir los bebés y la vestimenta que deben llevar.

En consonancia con lo planteado por Vianna (2002), puede afirmarse que la infancia es vista como un periodo crucial de gestación de patologías o de condiciones saludables, en el que confluyen las potencialidades biológicas del niño con los aspectos vinculados a la alimentación, los cuidados y la educación que recibe en su grupo de pertenencia. La concepción del niño como un ser maleable, vulnerable y dependiente de los adultos, constituye la base de la preocupación por establecer las pautas de un “cuidado adecuado”, consideradas necesarias para que el crecimiento y desarrollo se produzcan de acuerdo a lo esperado. Es en este punto donde las características familiares y, sobre todo, las actitudes y cuidados maternos, se tornan objeto de observación, evaluación e intervención por parte de los servicios de salud.

Cuidado, familia y maternidad

A través de las características del niño y las evidencias sobre los cuidados recibidos, los agentes del sistema de salud evalúan, más o menos explícitamente, la capacidad de cuidado de la familia, especialmente de la madre. Así, por ejemplo, la presencia de un niño desnutrido o con sobrepeso instala una cierta “sospecha” de descuido que las sucesivas intervenciones deberán despejar, a fin de saber si el problema se debe a causas orgánicas, a la pobreza o a la atención inadecuada por parte de los adultos responsables de la crianza. Esto se realiza no sin tensiones

fuerte/débil, grande/pequeño, excitado/apático; taxonomía que responde a un sistema de clasificaciones socialmente elaborado y está indisolublemente unida a categorías morales. Este trabajo permite pensar como los registros del lenguaje corporal operan en la atención materno-infantil contemporánea, mostrando que a partir de ellos se definen ciertos tipos de cuerpos infantiles como “desviantes”.

y dudas, poniendo en juego mecanismos – cambiantes, dilemáticos, informales– orientados a “estimar” o “calibrar” responsabilidades y capacidades familiares, en los términos en que lo analiza Barna (2014) para otros contextos. Estos mecanismos combinan la observación del niño, la evaluación de información que arrojan estudios de laboratorio, la recuperación de datos de su historia clínica, el conocimiento previo de la familia (en ocasiones, reemplazado por relatos sobre la misma realizados por otros integrantes del equipo de salud), el interrogatorio a la persona que acompaña al niño, las impresiones subjetivas que esa persona ha causado. A su vez, los casos que más preocupan y salen del ámbito del consultorio médico, para activar las intervenciones de otros integrantes de los equipos de salud (trabajadora social, psicóloga) y, eventualmente, de otros organismos estatales, son justamente aquellos que implican conflictos familiares que se expresan en forma de violencia, abuso sexual, adicciones o padecimientos psíquicos en los adolescentes.

Si el papel de la familia en el cuidado del niño es un punto clave de las intervenciones de los equipos de salud, más aún lo es el de la madre, reforzado por una mirada social sobre el cuidado que lo vincula con el género femenino, el altruismo y el espacio doméstico.

Las observaciones realizadas en los distintos establecimientos sanitarios han permitido ver que, especialmente en el ámbito del hospital público, las mujeres que llevan a los niños al “control” son indefectiblemente llamadas “mamá”: “Mamá, ¿qué le das de comer?”, “Mamá, vas a traerlo nuevamente el mes que viene”... Parece ser tan obvio que quien debe llevar al niño al control es su progenitora que, cuando la supuesta “mamá” resulta no ser la madre biológica, sino una tía, una hermana, la madrina o una vecina, se enciende una especie de alarma que reorienta las preguntas médicas hacia la conformación de la familia y las características de los adultos cuidadores del niño.

Este cambio del eje de la preocupación que se produce ante ciertas características familiares o de organización del cuidado del niño, puede ejemplificarse con una situación registrada en el trabajo de campo que involucra a una mujer joven que lleva al “control” a una niña de dos años. Cuando, en un momento del diálogo con la médica, aclara que

ella no es la madre sino la tía de la nena, las preguntas dejan de centrarse en la criatura y la posible alergia que podría padecer, para pasar a hacer foco en la organización familiar con respecto a la crianza:

Pediatra: ¿Y por qué no la trae la mamá?

Tía de la niña: Porque trabaja.

Pediatra: Pero puede venir los sábados.

Enfermera: Yo le dije que también se atiende los sábados a la mañana.

Tía de la niña: Lo que pasa es que yo quise traerla para que no se le pasara el turno...

Al explicar esta última que ella y su marido tiene a la niña a su cuidado durante la semana, pues la madre trabaja en otra ciudad, la inquietud parece redoblar y le exigen que la progenitora asista al próximo control.

Esta y otras breves escenas observadas permiten pensar que, a pesar de los cambios de enfoque que las profesiones ligadas a la atención de la infancia han atravesado recientemente, relativizando la supuesta naturalidad de la familia nuclear e incorporando -por lo menos a nivel discursivo- otros modelos familiares posibles, la distinción entre “familias normales” y “familias desorganizadas o disfuncionales” continúa en parte orientando sus intervenciones. La preocupación que genera entre las pediatras y enfermeras del hospital la ausencia de la madre biológica como principal figura cuidadora, así como el desempeño de ese papel por parte de otros integrantes de la familia (hermanos, tías, abuelas, madrinas, etc.) ilumina el modo en que el ideal normativo de la familia nuclear sigue operando (Fonseca, 2005) y la inquietud que producen otras formas de organizar y llevar a cabo la crianza infantil.

Sin embargo, aquí cabe señalar una diferencia entre lo que sucede en el espacio más anónimo del hospital público y lo observado en uno de los CAPS, cuyo equipo de salud tiene más de diez años de trabajo en la misma localidad y ha establecido un vínculo estrecho y prolongado con su población. El conocimiento de varias familias a lo largo del tiempo -en algunos casos, a lo largo de más de una generación- hace que sus

distintas formas de organización no sean necesariamente vistas como incompatibles con el cuidado adecuado de los más pequeños. Así, por ejemplo, se está realizando un acompañamiento sostenido, impulsado por la trabajadora social, a un hombre que ha quedado solo al cuidado de sus cinco hijos pequeños, a los fines de evitar la institucionalización de los mismos. Si bien se asume la dificultad para transformar la situación de alcoholismo y trabajo precario que atraviesa este padre como parte de sus condiciones de vida en la pobreza -ingredientes que, sumados a los estereotipos de género, lo tornarían el candidato ideal a ser desestimado como cuidador- se ha priorizado el vínculo que sostiene con sus hijos para armar una red de instituciones (establecimientos escolares, club, comedor barrial, copa de leche evangélica, centro de salud) que, aunque de manera a veces discontinua, contribuyen al cuidado de los chicos. Esto nos lleva a tomar en cuenta el papel que desempeñan en el cuidado médico del niño las relaciones -de confianza, empatía o, por el contrario, de extrañeza y rechazo- que se establecen entre los adultos responsables de su crianza y el personal de salud, así como las perspectivas construidas por éste acerca de las poblaciones con las que trabaja.⁶

Más allá de las diferencias en las miradas e intervenciones, a lo largo del proceso de atención de la salud infantil va siendo construida y actualizada una clasificación más o menos implícita entre “buenos” y “malos” cuidadores, poniendo en juego una serie de sentidos sobre la responsabilidad parental, de cuya elaboración no sólo participan los agentes de salud, sino también los propios usuarios de los establecimientos.

Esta clasificación se refuerza en relación con las mujeres madres, sobre todo en el Servicio de Pediatría del hospital, distinguiendo a las madres responsables de las madres “deficitarias” o “negligentes”.⁷ El ar-

⁶ En sus estudios etnográficos con médicos de familia en la ciudad de Río de Janeiro, Bonet y Fazzioni (2017) también encuentran que, además de la formación específica, variables como las emociones, los afectos, las trayectorias personales y profesionales y el tiempo de permanencia en el contexto de trabajo, son fundamentales en las prácticas de los profesionales que trabajan en la atención básica.

⁷ También Ortale (2002), en su estudio sobre las prácticas y representaciones acerca de la desnutrición infantil, encuentra que en los médicos de los hospitales públicos hacen mayor énfasis en las características maternas negativas como causa de los problemas que aquejan a los niños,

quetipo de las primeras está representado por la mujer pobre, pero sacrificada, que aún en una situación desfavorable, logra “sacar adelante” a sus hijos. Las observaciones realizadas en dicho hospital, por ejemplo, han mostrado que las mujeres que se muestran receptivas y colaboradoras con las indicaciones médicas y parecen “caer bien” al personal de salud, tienen mayores posibilidades de ser ayudadas y acompañadas ante los problemas de sus hijos.

Las segundas son caracterizadas como aquellas que no llevan a sus hijos a los controles, pierden turnos o no cumplen con las indicaciones médicas. A ello se suma la sospecha de un interés en la obtención de recursos de diferente tipo (desde leche hasta la inclusión en programas sociales) a través de la concurrencia al control de salud, de un “uso” del niño, que implicaría, en cierta manera, un cuidado no tan altruista como se supone que debería ser.

Sin embargo, como ya se dijera, esas valoraciones no son exclusivas del personal de salud, pues las propias mujeres usuarias de los establecimientos sanitarios ponen en juego categorías morales y construyen clasificaciones entre “buenas” y “malas madres”, de las que procuran diferenciarse. Así, en conversaciones informales en salas de espera o durante recorridos barriales acompañando a las promotoras de salud, han podido escucharse afirmaciones, que aluden veladamente a algunas vecinas, como: “Si estás atenta y no te dejás estar, nunca vas a tener a tus hijos internados por bronquiolitis” o “¿Cómo es posible que las promotoras tengan que ir a buscar a las madres a la casa para que lleven a sus hijos al control?”. Tal como lo afirma Santillán (2011), las familias de sectores populares participan, junto con diferentes instituciones estatales y sociales en general, de la producción de sentidos sobre la responsabilidad parental; sentidos que, como plantea esta autora, no son homogéneos y se actualizan de modos diferentes en distintas interacciones y situaciones (con agentes de instituciones estatales o comunitarias, con familias vecinas, de las que se procura aproximarse o diferenciarse, por ejemplo).

con respecto a los profesionales de los de los establecimientos de atención primaria, donde se establece un lazo más próximo con las familias.

Vemos así que el lenguaje del cuidado infantil, tal como lo señala Vianna (2002), se constituye en un medio para la traducción de significados y categorías morales, sintetizados en términos como “responsabilidad”, “altruismo”, “irresponsabilidad”, “interés”, desde los cuales se establecen papeles y obligaciones parentales y familiares.

Los “usos” de la cultura en el abordaje del cuidado infantil

El supuesto carácter universal de la infancia y del cuerpo infantil desde el cual se construye el saber médico —por lo menos desde sus versiones hegemónicas— en ocasiones es interpelado y puesto en cuestión en los espacios concretos de la práctica de atención de la salud. Con frecuencia, del lado de las familias hay aceptación y adopción de las pautas recomendadas, pero en otras oportunidades parece primar el desencuentro, expresado mediante la indiferencia, la no concurrencia, la resistencia silenciosa a las sugerencias profesionales, junto con la puesta en práctica de otras formas de criar a los niños. Cuanto mayor es la distancia social y cultural con las familias de los pacientes, y menor el conocimiento de sus vidas y contextos, como sucede en el hospital, más insalvable parece ser la brecha de comunicación que se produce. “No hablan”, “no entienden”, “se te quedan mirando y después hacen lo que quieren”, suelen ser las frases preocupadas que enuncian algunos profesionales de ese establecimiento.

Al momento de construir explicaciones sobre esas dificultades y otros problemas vinculados con el cuidado infantil, el discurso de los agentes del sistema público de salud evidencia una tensión, difícil de resolver, entre adjudicar sus causas a ciertos hábitos y conductas de los adultos responsables (atribuidos mayormente a la “falta de educación”), a las condiciones sociales ligadas a las desigualdades estructurales, que exceden la voluntad de su modificación por parte de las familias y del personal de salud (la “pobreza”, que se manifiesta en los bajos ingresos, el tipo de vivienda, los terrenos en los cuales éstas se asientan, etc.) o, en términos bastante difusos, a “la cultura”.

En este marco, “la cultura” ocupa un lugar vago y ambiguo, que se traduce tanto en su utilización como una suerte de comodín que

permite atribuir sentido a prácticas de crianza que no logran ser comprendidas, como en su invisibilización u opacamiento con respecto a otras características de la población con la que se trabaja. Sobre todo en el espacio del hospital, suele escucharse “es por su cultura” o “son cuestiones culturales”, haciendo de “la cultura” la base de las explicaciones que permiten dar cuenta, a modo de atenuante, de aspectos del cuidado infantil que se quisiera pero no se logra desterrar o transformar (como si cultura y pautas culturales tuvieran solamente los “otros”).

En ese concepto de cultura suelen incluirse “costumbres”, “creencias”, “formas de vida” que se atribuyen a tradiciones ancestrales, a las condiciones de vida de los sectores pobres o, con mayor frecuencia, a diferentes orígenes nacionales. En efecto, es en relación con las nacionalidades de los migrantes bolivianos y paraguayos, que componen gran parte de las comunidades que asisten a los establecimientos sanitarios estudiados, que suelen pensarse las particularidades culturales. Con frecuencia, se las asocia a ciertos estereotipos construidos sobre esas poblaciones: las madres bolivianas suelen describirse como sumisas, calladas y obedientes y las paraguayas como más plantadas y querellantes. Estos atributos estereotipados pueden ser tomados como parte de visiones negativas sobre esas poblaciones, pero también presentados como características positivas:

Es un gusto trabajar con bolivianos y paraguayos, pues es gente muy respetuosa y hasta sumisa con respecto a las indicaciones del personal de salud; suelen ser muy cumplidores con la atención de salud de sus hijos (Entrevista con médico de CAPS, 2017).

Sin embargo, ante la pregunta sobre prácticas concretas ligadas a las particularidades culturales, aparecen referencias vagas a la alimentación, aunque esto pareciera ser enunciado sin mucho convencimiento, más bien para conformar a la investigadora. De alguna manera, entonces, esas prácticas no son visibilizadas en algunos de los espacios de atención de la salud infantil, ya sea porque, como admite una trabajadora social, la falta de tiempo que signa el trabajo cotidiano no

permite aproximarse a ellas con profundidad o porque – y esto a modo de hipótesis a ser profundizada– las propias familias silencian estratégicamente sus saberes tradicionales o populares en los espacios de la medicina hegemónica.

En los discursos de los agentes de salud, ese mismo lugar ambiguo e impreciso, a modo de telón de fondo, es ocupado a menudo por las condiciones socioeconómicas de la población: se reconoce su importancia y se les atribuye una causalidad general, pero a la hora de construir explicaciones sobre padecimientos o problemas concretos, se pierden de vista, para dejar lugar a los comportamientos individuales. En ocasiones, pareciera que atribuir los problemas a los comportamientos individuales de los adultos cuidadores aliviaría algo de la angustia y la impotencia que parece producir el trabajo en contextos de desigualdad que aparecen como mucho más difíciles de modificar.

Nuevamente, cabe aclarar que las mencionadas representaciones no son homogéneas sino que presentan matices según las características e historias de los equipos de salud, las perspectivas ideológicas de sus integrantes y las relaciones construidas con las poblaciones usuarias de los servicios de salud.

Consideraciones finales

A partir de una concepción naturalizada de la infancia y del cuerpo infantil, basada en los procesos de crecimiento y desarrollo, los equipos de salud inscriben el cuidado infantil en un orden moral, desde el cual se establecen obligaciones y responsabilidades parentales y familiares. Sin embargo, el trabajo etnográfico realizado ha permitido percibir que las intervenciones sobre los niños y sus familias, más allá de sus lógicas generales, están lejos de ser homogéneas y unívocas. Por el contrario, ponen en juego múltiples actores y estrategias y están atravesadas por las diferencias entre instituciones, así como por la heterogeneidad existente al interior del equipo de salud, por las prácticas de los propios niños y sus familias y por las diversas relaciones que se establecen, en

distintos momentos, entre los adultos que se atribuyen responsabilidad en el cuidado infantil (padres, familiares, médicos).

Así, hemos visto que no son iguales las relaciones que pueden establecerse entre familias y equipos de salud en el Servicio de Pediatría del hospital y en los CAPS, ni tampoco lo son, por consiguiente, los abordajes del cuidado infantil que se realizan en unos y otros. En los CAPS donde la continuidad del personal permite un vínculo más estrecho y prolongado con la población, las explicaciones e intervenciones suelen partir de versiones menos estereotipadas y más contextualizadas de la familia y los papeles parentales. Pero, como ya se afirmara, aún al interior de cada equipo varían las apreciaciones sobre el cuidado del niño y las indicaciones sobre las mejores formas de llevarlo a cabo. De la misma manera, Serre (1997), al estudiar las prácticas de intervención con familias, llevadas a cabo por los trabajadores de centros de atención de la salud infantil de Francia, ha encontrado que sus clasificaciones, percepciones y acciones no pueden resumirse a criterios teóricos y abstractos, sino que resultan de un sentido práctico. Elementos como el lugar del profesional en la estructura jerárquica de la institución, su posición social más o menos cercana a la de los usuarios, la solidaridad de género -“yo les hablo como madre”, cuenta una médica-, la empatía con ciertas madres, la propia trayectoria familiar y social, relativizan o median la imposición simbólica de reglas y pautas pre-establecidas.

A su vez, resulta necesario destacar el papel de los agentes de salud no profesionales, que puede ser igual o más determinante que el de los propios médicos en el proceso de atención de la salud infantil y medicalización del cuidado. Enfermeros, promotores de salud, empleados administrativos, se constituyen en “mediadores”, en tanto facilitadores u obstaculizadores de la mayor parte de las relaciones y acciones puestas en juego en el cuidado de la salud infantil (por ejemplo, asignando o no los turnos a los pacientes, ofreciendo o no soluciones alternativas ante dificultades en el acceso a recursos o atención médica, facilitando información adicional que permita sortear dificultades burocráticas para hacer atender a los niños).

También los adultos responsables de los niños participan e inciden en los procesos de atención de la salud a partir de sus conocimientos de los diferentes actores y dinámicas institucionales. En determinadas situaciones de desventaja pueden recurrir al silencio como modo de resistencia. Pero también, desde su conocimiento y evaluación de las características de cada profesional -valoran especialmente el trato hacia el niño y su familia, el conocimiento de los pacientes y la minuciosidad en la revisión de los pequeños-, desarrollan estrategias para elegir que sus niños sean atendidos por aquellos que consideran más competentes, a la vez que amables. Las madres y otras cuidadoras suelen comentar entre ellas y comparar los modos de atención de tal o cual profesional o las características institucionales de los CAPS, llegando, por ejemplo, a ahorrar dinero para llevar a sus hijos al consultorio particular de una pediatra muy querida y respetada, que ya no trabaja más en el centro de salud de la zona. De uno u otro modo, esta complejidad y variedad de acciones y relaciones observadas en el trabajo de investigación pone de manifiesto el lugar crucial del cuidado infantil, no sólo entre quienes intervienen desde el sistema de salud, sino también para las familias de los niños.

A su vez, sin dejar de valorar las relaciones que se establecen entre los diferentes actores que participan del cuidado infantil, cabe preguntarse por ciertas condiciones generales necesarias para el ejercicio del derecho a la salud que, en contextos de desigualdad como el del presente estudio, deberían poder garantizarse más allá de las características y vínculos personales de los agentes involucrados. Si el trabajo a partir del encuentro con la singularidad de los sujetos y sus historias es central para un abordaje del cuidado infantil atento a la multiplicidad de saberes, el opacamiento de las condiciones estructurales puede llevar a explicar problemas sociales en términos de responsabilidades individuales de los trabajadores o de los usuarios del sistema de salud, dejándolos atrapados en mutuas acusaciones, como se trasluce en varios de los discursos analizados y como también lo observan Schuch y Fonseca (2009) en relación con otros problemas ligados a la infancia.

Referencias

- BARNA, A. Clasificaciones y estimaciones en la gestión de la infancia con derechos vulnerados. Prácticas cotidianas de intervención en un dispositivo estatal del conurbano bonaerense”. *Antropolítica*, n. 36, Niterói, 2014.
- BONET, O.; FAZZIONI, N. *Experiências etnográficas em serviços de saúde no Rio de Janeiro*. Trabalho apresentado en la XII Reunión de Antropología del Mercosur, Posadas, 2017.
- COLANGELO, M. A. La constitución de la niñez como objeto de estudio e intervención médicos en la Argentina de comienzos del siglo XX. *Actas del IX Congreso Argentino de Antropología Social*, Posadas, 2008.
- COLANGELO, M. A. *La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la Argentina entre 1890 y 1930*. Tesis de doctorado, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP, 2012.
- FAUR, E. *El cuidado infantil en el siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2014.
- FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*, v. 14, 2005.
- GRINBERG, J. De “malos tratos”, “abusos sexuales” y “negligencias”. Reflexiones en torno al tratamiento estatal de las violencias hacia los niños en la ciudad de Buenos Aires. En: VILLALTA, C. (Comp.). *Infancia, justicia y derechos humanos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2010.
- JAMES, A. et al. *Theorizing children*. Cambridge: Polity Press, 1998.
- LLOBET, V. Entrevista a Valeria Llobet sobre primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, v. 9, n. 2, Manizales, 2011.
- NARI, M. *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos, 2004.
- ORTALE, M. S. *Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata*. Tesis de doctorado, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP, 2002.
- PAUTASSI, L.; ZIBECCHI, C. (Coords.). *Las fronteras del cuidado*. Buenos Aires: Biblos, 2013.
- POZZIO, M. Etnografía de un recorrido: el término “madre” en la política de salud. Trabajo presentado en la VII Reunión de Antropología do Mercosul, Porto Alegre, 2007.
- SANTILLÁN, L. *Quiénes educan a los chicos: infancia, trayectorias educativas y desigualdad*. Buenos Aires: Biblos, 2011.
- SCHUCH, P.; FONSECA, C. O rompimento com a análise normativa. En: FONSECA, C.; SCHUCH, P. *Políticas de proteção à infância: um olhar antropológico*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- SERRE, D. L'Etat et les familles: les pratiques d'imposition symbolique des professionnel(le)s de la petite enfance. (Mimeo) Colloque Ciências Sociais, Estado e Sociedade. Rio de Janeiro, UFRJ, 1997.
- VIANNA, A. de R. B. *Limites de menoridade: tutela, família e autoridade em julgamento*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Museu Nacional, UFRJ, 2002.

“Mães nervosas”: um ensaio sobre a raiva entre mulheres populares

Camila Fernandes

Este capítulo parte de uma discussão elaborada na minha tese de doutorado, na qual realizei uma etnografia junto a mulheres moradoras de um complexo de favelas da Zona Norte do Rio de Janeiro (Morros da Mineira e São Carlos).¹ Durante o trabalho de campo, em meus primeiros deslocamentos pelas creches, casas de mulheres que “tomam conta”, grupos de amigos e gestores de programas sociais havia falas constantemente reiteradas, não apenas nas instituições, mas também pelos moradores, de que os serviços públicos, os programas sociais e as políticas de estado “não funcionam bem”, porque afinal, “essas mulheres transam muito e não param de fazer filhos”. Segundo muitos dos discursos que ouvi, as mulheres “dão pra qualquer um”, “têm filhos de forma inconsequente”, “não planejam a gravidez” e colaboram dessa maneira para gerar uma demanda excedente e de atendimento impossível: “é por isso que tem muita criança, muita gente pra atender e o estado não tem como dar conta”, como algumas falas enfatizavam.

Outra variação dessas afirmações aponta que “as mulheres da favela transam muito” e “têm muitos filhos sem prevenção”, uma vez que no morro, “tem muita gente pra cuidar”. Ouve-se ainda que “quanto mais ajuda, programa social, mais incentivo a fazer filhos”, e nesse

¹ A tese realizada no PPGAS/MN/UFRJ foi intitulada: “Figuras da causação: sexualidade feminina, reprodução e acusações no discurso popular e nas políticas de estado” e orientada pela professora Adriana de Resende Barreto Vianna.