

Programas de mãe participante: uma reflexão

Glaura César Pedroso

Mestre em Pediatria

Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

e-mail: glaura@pediatria.epm.br

Trabalho desenvolvido a partir de monografia de conclusão do curso “Participação Popular em Saúde”, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Responsável: Profa. Dra. Márcia Faria Westphal), em 1996.

Resumo

Este trabalho tem por objetivo descrever e analisar as propostas para participação dos familiares no tratamento das crianças internadas, sua evolução nos últimos anos e as influências culturais e ideológicas presentes neste processo.

Após revisão da literatura sobre os fundamentos teóricos para a existência destes programas, baseados nas necessidades físicas e psicológicas das crianças, adotamos um referencial dialético para abordagem de questões ideológicas envolvidas na formação médica e nos processos participativos. A partir de 1970 identificamos a legislação que mobilizou alguns hospitais brasileiros para a implementação de programas de «Mãe participante», «Mãe acompanhante».

Finalizamos relatando, discutindo e interpretando, à luz do referencial teórico, o funcionamento desses programas, suas vantagens para o desenvolvimento da criança e da família, dificuldades na implementação e manutenção dos programas como propostas de promoção da saúde e como contribuição para transformações sociais. Concluimos pela importância dos programas de Mãe Participante para a criança, para a família e para a formação médica, indicando alguns pontos a serem observados no enfrentamento das dificuldades e resistências oferecidas pelos hospitais, seus administradores e funcionários.

Unitermos: participação, criança hospitalizada, hospital, hospitalização mãe-filho.

Abstract

The objective of this article is to describe and to analyze the proposals for family participation in the treatment of hospitalized children, its evolution in the last years and the cultural and ideological influences present on this process.

By using the historical method, we have collected from the literature the theoretical basis for the existence of these programs. This was done based on the children's physical and psychological needs and reports from social philosophers on ideological questions involved in the process. From 1970 on, we have identified the laws that mobilized some Brazilian hospitals in the attempt to implement programs such as «Participant Mother» or «Attending Mother».

We finished by reporting, discussing and interpreting the existing programs, under the light of theoretical reference, identifying the advantages and disadvantages for the child's and family's development, as well as the difficulties for implementation and maintenance of the programs. Our conclusion shows the advantage of the «Participant Mother» program, indicating some points to be observed to face the difficulties and resistance presented by the hospitals, their administrators and officers.

Key words: participation, hospitalized child, hospital, mother-child hospitalization.

Introdução

Os programas de mãe participante (ou mãe acompanhante) são programas que possibilitam que os familiares das crianças internadas possam acompanhar sua internação, participando nos cuidados diários e na observação dos pacientes e ficando em contato mais próximo com a equipe multiprofissional que lhes presta assistência. Atualmente, estes programas estão amparados pela Declaração dos Direitos da Criança e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

A importância da participação da família nas unidades de Pediatria é reconhecida por diversos autores, que estudaram os efeitos da internação hospitalar na criança e no meio familiar, bem como o efeito da participação de familiares próximos sobre a evolução clínica da criança, o tempo de internação e a manutenção da saúde ou continuidade do tratamento após a alta da instituição. Diversas propostas para a participação da mãe nas enfermarias foram implantadas, e o programa «Mãe Participante» foi regulamentado pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Este trabalho tem por objetivo refletir sobre a participação dos familiares no tratamento das crianças, sua evolução nos últimos anos e as influências culturais e ideológicas presentes neste processo, que abrange não só as interações da população com a equipe de saúde, mas também a apropriação de conhecimentos técnicos pelas famílias assistidas e até a formação dos profissionais de saúde. Com isso, buscamos entender o papel desempenhado pelos programas de mãe participante, sob diversos aspectos, e seu potencial transformador da realidade social.

Histórico e vantagens terapêuticas dos programas de mãe participante

Segundo Foucault, a instituição hospitalar só passou a ter função curativa no século XVIII, quando o «lugar para morrer» - local de assistência e de exclusão dos que eram considerados ameaça à saúde - passou a manter vivos os soldados, bem como controlar epidemias surgidas em seu interior. Teve início a organização e esquadramento do hospital. Os médicos passaram a exercer o controle sobre os doentes, sua dieta, a enfermagem, a circulação do ar, da água e dos materiais. Toda a instituição obedecia a um poder disciplinador ditado pelo médico e, em última instância, pelo Estado.

O Hospital passou a ser parte importante da formação médica, como fonte de um saber que era produzido a cada dia. No final do século XVIII e início do século XIX, tem início a normalização da prática e saber dos médicos, bem como a definição de quem está autorizado a formá-los e expedir diplomas ¹. Neste contexto, o Hospital ganhava cada vez mais força dentro do saber e do *poder* médicos. A equipe de profissionais que começa a se delinear evolui para a especialização progressiva, gerando uma estrutura de poder que se cristaliza num sistema hierarquicamente organizado.

No século XIX, a Pediatria surge como especialidade, mas a separação dos pais já era vista, nesta época, como um obstáculo à internação. São desenvolvidos hospitais especiais para crianças, com atividades de recreação e amplo acesso dos pais. No final do mesmo século, contudo, as dificuldades de controle e prevenção de infecções cruzadas provocam a adoção de medidas rígidas de esterilização e controle das visitas ².

A partir de 1920, diversos autores passaram a descrever as conseqüências nefastas da separação mãe-filho, sendo clássica a descrição, desde 1945, por Spitz, do quadro de «hospitalismo» no lactente: frente à privação afetiva parcial ou total, tem início uma série de alterações regressivas, com atraso no desenvolvimento, perda de peso, baixa resistência a infecções, perda de contato com o meio e deterioração progressiva, podendo resultar na morte ³. Entre crianças de seis meses a cinco anos, é descrita a seqüência de alterações de comportamento após o trauma da separação: angústia com a perda da mãe, depressão (semelhante ao hospitalismo), e finalmente defesa, com desapego em relação às pessoas e preocupação com coisas materiais (doces, brinquedos). Se antes a passividade era

confundida com aceitação, agora o «bom comportamento» das crianças na enfermaria passa a ser visto como sinal de má adaptação, de uma criança não reativa à situação hospitalar ^{2,4}.

Restrepo, em 1986 ⁵, observa que, nos hospitais, pouco se fala sobre os direitos da criança; chama de «tortura» uma série de procedimentos a que submetemos os pacientes nas unidades pediátricas, comparando as agressões sofridas por eles às mais elaboradas torturas infligidas por regimes ditatoriais e denunciadas pela Anistia Internacional. O mesmo autor enfatiza a importância da atividade lúdica e da hospitalização conjunta mãe-filho para a recuperação mais rápida e integral da criança.

Foi também demonstrado, desde as décadas de 40 e 50, que a hospitalização conjunta não contribui para aumento do risco infeccioso; ao contrário, diversos autores demonstraram diminuição dos índices de infecção hospitalar, dos custos, dias de internação, da morbimortalidade e dos fracassos cirúrgicos. Os programas de internação conjunta passaram a ser considerados como barreira à disseminação das infecções ^{2,6,7}.

Além disso, a internação conjunta permite maior interação entre a equipe e os pais; facilita a obtenção de informações seguras sobre o paciente; possibilita que as enfermeiras dediquem tempo maior à assistência das crianças mais graves ou que estão sem seus pais; permite educar os pais e garantir a terapêutica correta após a alta da criança ^{2,6,8}.

Concomitantemente, graças a estudos psicológicos e às medidas de proteção ao aleitamento materno, o alojamento conjunto nas maternidades passa a ser recomendado pela Organização Mundial de Saúde, pelo UNICEF e depois, em nosso país, pelo Ministério da Saúde ⁹.

No Brasil, os programas pioneiros datam da década de 70 ² e a Sociedade de Pediatria de São Paulo passa a valorizar a permanência da mãe com seu filho como direito de ambos. Em 12 de outubro de 1988, o Gabinete do Secretário da Saúde publicou a Resolução 165, que dispõe sobre a adoção do Programa «Mãe Participante» nos estabelecimentos hospitalares oficiais do Estado de São Paulo, bem como nos contratados e conveniados do SUDS (atual SUS).

A defesa do direito de ser acompanhado, durante sua internação, pela mãe ou por familiar, ganhou força com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente ¹⁰.

Posteriormente, a Sociedade Brasileira de Pediatria apresentou ao CONANDA – Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – o documento “Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados”, que foi aprovado e se transformou na resolução número 41, de 17 de outubro de 1995. Esse documento reconhece, entre outros, o direito a ser acompanhado por mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como a receber visitas ¹¹ . No Estado de São Paulo, esse direito também é protegido pela lei 10.241, promulgada em 1999, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde do Estado ¹² .

Referencial teórico

A Carta de Ottawa ¹³ define Promoção da Saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” Destaca-se, portanto, a fundamental importância da participação dos indivíduos e das comunidades, que devem conquistar poder e autonomia para gerir seu destino e melhorar sua qualidade de vida e situação de saúde.

Como já referido por Westphal ¹⁴, a participação popular tem sido definida de várias formas. A nosso ver, qualquer prática participativa que não leve em conta as desigualdades e contradições da sociedade capitalista, da qual fazemos parte - médicos, pacientes, familiares, funcionários - serve aos interesses dominantes e não questiona as relações de poder na instituição hospitalar. Uma vez que nossa intenção é analisar os programas de mãe acompanhante do ponto de vista da participação social, adotaremos um referencial dialético, por meio dos trabalhos de Ammann ¹⁵, Demo ^{16,17} e Westphal ¹⁴.

Para referência quanto ao conceito de classe social, adotaremos o conceito de Ammann, baseado em Gramsci, segundo o qual existem dois grandes grupos antagônicos: a classe subordinada ou subalterna, e a classe dominante, que exerce seu poder mediante a hegemonia e a coerção.

Segundo Ammann, participação social é um «processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomem parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada.» ¹⁵. Respeitando-se as características próprias dos serviços de saúde, observamos, como Pedro Demo, que «participação é conquista. Não é doação, dádiva, presente. Nem imposição. Nunca é suficiente. Também não preexiste, pois o que encontramos primeiro na sociedade é a dominação. Se assim é, só pode ser conquista: criar seu projeto próprio de autopromoção.» ¹⁷ O mesmo autor define autopromoção como «a característica de uma política social centrada nos próprios interessados, que passam a autogerir ou pelo menos a co-gerir a satisfação de suas necessidades, com vistas a superar a situação assistencialista de carência de ajuda.» Afirma ainda que «em política social, não se promove ninguém propriamente, caso não chegue a

autopromover-se.»¹⁶ Ammann mostra que «as políticas do Estado(...), ao procurar convencer as classes subordinadas de que elas podem, sob diversas formas, participar dos processos - sem que sejam alteradas suas estruturas básicas - conseguem, com efeito, omitir as injustiças intrínsecas a essas estruturas e exercer uma ação de caráter manipulador, sob o manto de uma pseudoparticipação social»¹⁸. Estes autores se opõem à visão de Durkheim, segundo o qual a sociedade tende para a integração e harmonia de seus membros, sendo a marginalidade um desvio que deve ser corrigido. Segundo o pensamento positivista clássico, a participação deve reforçar os laços sociais, promover coesão e integrar os indivíduos no corpo social. Programas com este princípio são freqüentes na área de saúde, mas, por omitir injustiças e contradições, não passam de paliativos¹⁴. É necessário também esclarecer o conceito de intelectual, que estenderemos para os profissionais da saúde, no exercício de suas funções assistenciais e educativas. Gramsci, no entender de Ammann¹⁵, afirma que intelectuais são todos os homens, mas nem todos desempenham na sociedade a função de intelectuais. Não há «autonomia» ou «neutralidade» ideológica do pensamento; na verdade, o intelectual pode representar os interesses da classe dominante, ou estabelecer um vínculo orgânico com a classe subalterna, na luta por uma nova hegemonia.

Com base nestas referências, acreditamos possuir um instrumental bastante útil para compreender de que maneira as relações sociais na instituição hospitalar reproduzem a ideologia e as relações de dominação. Com isto entenderemos o papel dos programas de mãe participante como proposta contra-hegemônica, que pode ser desenvolvida e transmitida por intelectuais organicamente vinculados às classes subordinadas.

No que diz respeito ao saber técnico («médico»), diversos autores observam sua característica paternalista, unidirecional, autoritária; ou, no dizer de Thiollent¹⁹:

«De acordo com a postura tradicional, muitos pesquisadores consideram que, de um lado, os membros das classes populares não sabem nada, não têm cultura, não têm educação, não dominam raciocínios abstratos, só podem dar opiniões e, por outro lado, os especialistas sabem tudo e nunca erram.»

Todo saber, como lembra Roberto Machado²⁰, em introdução a «Microfísica do Poder», de Foucault, é político porque tem sua gênese em relações de poder; todo ponto

de exercício do poder - escola, hospital, hospício, prisão - é, ao mesmo tempo, lugar de formação de saber. Em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder.

Mesmo entre os membros da equipe de saúde, apesar dos avanços do pensamento interdisciplinar, ainda existe uma hierarquia onde só têm valor o conhecimento acadêmico e a centralização das ações na figura do médico. A atmosfera hospitalar, o linguajar técnico, o sentimento de culpa e o medo, entre outros fatores, fazem com que os pais percam a autoconfiança no cuidado do filho ⁸. Através da negação do conhecimento e da competência dos pais é que se dá o exercício do poder propiciado pelo saber técnico-acadêmico a que médicos e profissionais de Enfermagem tiveram acesso. Reproduzem-se assim as relações de dominação presentes na nossa sociedade, onde é mais ou menos aceita, pelo senso comum, a relação entre o conhecimento e o poder, onde «o saber acadêmico dos pesquisadores da universidade bem como o 'saber fazer' da equipe técnica do Centro de Saúde é uma das formas em que este poder é exercido» ²¹.

Relatos e descrição de programas existentes

Os programas de mãe participante (ou mãe acompanhante, ou hospitalização conjunta mãe-filho) se caracterizam, todos, pela permanência da mãe - ou outro familiar - participando no cuidado da criança, humanizando o atendimento, melhorando a relação da família com o corpo clínico e transmitindo noções de educação sanitária, nutrição, administração de medicamentos e procedimentos simples de enfermagem. Sua implantação tem início geralmente com a permanência da mãe apenas durante o dia, estendendo-se para a noite, depois de superadas as dificuldades estruturais e técnicas. As particularidades de cada serviço influem na estrutura e no funcionamento de cada programa, mas a maioria oferece alimentação, acomodações (às vezes precárias) e atividades de orientação aos pais, seja através de reuniões com a equipe, seja no dia-a-dia da unidade. Atualmente, estão sendo implantados programas de mãe participante também em unidades de cuidados intensivos.

Os médicos nem sempre se envolvem de outra forma além do próprio contato com as mães. As orientações são transmitidas verbalmente ou através de folhetos impressos. Há também reuniões organizadas para permitir às famílias expressar e aliviar suas angústias e dúvidas, tornando menos traumática a internação.

Vários trabalhos demonstram a preferência da maioria das mães por acompanhar seu filho e a melhora do funcionamento dos serviços de Pediatria, a redução do tempo de internação e dos índices de mortalidade e infecção hospitalar. Também recebe destaque a humanização dos serviços e a contribuição dos programas para a formação profissional de alunos de diversas áreas. Os obstáculos enfrentados pelos programas de internação conjunta são, na maior parte das vezes, provenientes da administração do hospital e dos profissionais diretamente envolvidos. Também são citados na literatura as dificuldades sócio-econômicas e o nível educacional das famílias^{2, 5, 6, 7, 22}.

Discussão

Apesar do grande número de evidências favoráveis aos programas de mãe acompanhante, observou-se grande resistência à sua implantação nos hospitais públicos, e mesmo Hospitais-Escola. Quais os reais motivos de resistência à participação familiar, descrita como «inesperada e decepcionante» por Cypriano e Fisberg²? Os mesmos autores observam, com base em vários relatos, como as afirmações sobre as necessidades emocionais da criança são tratadas no meio médico:

« ... é notório o desconhecimento ou o pouco caso com que são tratadas nos meios psiquiátricos e pediátricos em geral. Estes últimos, fiéis à tradição organicista, comportam-se como dualistas considerando os problemas somáticos independentemente dos mentais e vice-versa.»

Para o médico, sobretudo quando jovem, o distanciamento do paciente e sua família é um mecanismo de defesa contra uma situação nociva - doença, dor, morte - mas também um instrumento de poder, que nega àquelas pessoas o conhecimento de si próprios, dos meios de manter sua saúde e das situações geradoras de doença. O conhecimento e as vivências informais são ignorados.

A família é encarada, com freqüência, como inimiga do hospital e da criança; inúmeros obstáculos foram levantados, como o receio de problemas infecciosos, a necessidade de controlar o repouso e a dieta das crianças, as dificuldades na realização de procedimentos mais dolorosos, problemas com a alimentação das mães. Apesar de todos os estudos e da permanência das mães com seus filhos em hospitais particulares, nos serviços públicos e universitários esse direito foi, por muito tempo, negado. Cypriano e Fisberg² concluem que grande parte das instituições infantis «fecham os olhos para o problema», e que as barreiras são representadas pelo pessoal da saúde (por ignorância ou comodismo) e, com menor importância, pelas dificuldades sócio-econômicas e de infra-estrutura. Outros autores observam que a aceitação da mãe na enfermagem está freqüentemente condicionada à colaboração na rotina da enfermagem, diminuindo sua carga de trabalho, ou à aceitação (passiva) das regras impostas pela equipe. As críticas das mães são recebidas com dificuldade²³.

Além disso, desde a época do Iluminismo, observamos o predomínio da concepção mecanicista do corpo humano, aliada á tentativa de entendê-lo através de suas partes. Os aspectos psicológicos, sociológicos e ambientais da doença tendiam a ser negligenciados pela medicina ocidental. A concepção reducionista de doença se estabeleceu na moderna ciência médica, como relatado por Capra e outros autores²⁴. Buscava-se a uniausalidade e origens orgânicas para todos os males. A cultura ocidental, desde Descartes e através de toda a tradição positivista, até hoje se preocupa com a objetividade, a quantificação e mensuração do real. Embora tenha trazido à ciência inegáveis avanços, esse pensamento nos leva, freqüentemente, ao que observou Risério, em 1994, sobre o olhar médico²⁵:

« ...O olhar médico se aproximou do organismo na medida mesma em que se distanciou do indivíduo. Foi-se tornando íntimo, cada vez mais íntimo, da arquitetura molecular do ser humano, e se tornando afastado, cada vez mais afastado, do próprio ser humano. Em poucas palavras, o olhar médico se converteu num olhar fragmentado e reificador. Fragmentado em consequência da pulverização do conhecimento médico; da proliferação de especialidades (...) Reificador porque promoveu uma objetificação do organismo, apagando de seu horizonte o sujeito que habita esse mesmo organismo. (...) O olhar médico é hoje, portanto, um olhar distanciado. Reificando e fragmentando o organismo, ele descontextualiza o paciente. Ignora as particularidades de sua realidade social e cultural, além de menosprezar sua subjetividade. Dito de outro modo, o paciente concreto foi substituído por uma espécie de representação universal da figura do paciente.»

Consideramos estas abordagens importantes para entender a realidade das interações pediátricas e as dificuldades em efetivar a participação da família. Acreditamos também ser necessário, para entender o processo participativo de modo mais amplo, aprofundar a observação da dinâmica de poder implícita nestes problemas, que envolvem conceitos largamente difundidos no meio científico e nos círculos de poder (em qualquer nível). Na formação universitária tradicional, o saber técnico é sempre unilateral, autoritário, e não reconhece a família como qualificada para cuidar de seus filhos, particularmente se esta pertencer às classes subalternas e com menor acesso à educação formal. Se o especialista é o único dono da verdade, e se participação é um canal para o desenvolvimento de uma outra forma de poder, propostas participativas são contra-

hegemônicas e, portanto, de implantação mais difícil. Isto deve ser levado em conta ao se tentar explicar por que conhecimentos sobre os benefícios da internação conjunta, adquiridos em 1920 e em meados do século XX, demoraram a ter sua aplicação regulamentada nos hospitais públicos brasileiros.

Em relato de 1979, Redoglia e colaboradores²⁶ chamam a atenção também para a contradição entre os diversos profissionais envolvidos, que não está relacionada a seus diferentes papéis, mas a sua posição na estrutura de poder. Esta, por sua vez, serve de modelo para a relação com as famílias e torna o médico quase inatingível. Embora a internação conjunta o torne mais acessível, os conflitos permanecem de forma velada.

Um outro problema freqüente acontece quando o direito a acompanhar a criança passa a ser encarado pela equipe como «dever» da mãe, sem que esta tenha oportunidade de conhecer a importância de sua presença ou de expor suas dificuldades, como o trabalho ou a necessidade de cuidar de outros filhos. Este comportamento impositivo nada mais é do que uma nova versão da política que permeia nossas instituições de saúde, onde médicos, enfermeiros, nutricionistas, auxiliares e outros funcionários interagem com a população reproduzindo as relações de poder sob as quais se encontram e desenvolvendo, freqüentemente, uma atitude paternalista e tutelar, de quem «sabe o que é bom para o paciente», não reconhecendo na família a capacidade de opinar e decidir sobre o tratamento. Para mudar essas relações, faz-se necessário valorizar os profissionais envolvidos, por meio de condições de trabalho e remuneração adequadas, de educação continuada e permanente, e da garantia de espaços de reflexão e participação da equipe de saúde no cotidiano dos serviços. A humanização dos serviços só pode ser conseguida com a humanização das relações de trabalho.

Os programas e os processos educativos sempre ocorrem num contexto social e histórico, que precisa ser conhecido e levado em conta quando se discute sua implantação e avaliação. O presente texto pretende, com estas reflexões, contribuir para o processo, já em curso, de humanização das práticas educativas e assistenciais, numa perspectiva libertadora e de promoção da saúde.

Como já foi mencionado, políticas de caráter unicamente integrador, tutelar ou manipulador podem levar à participação sem que sejam alteradas as estruturas básicas da

instituição. Dificulta-se assim a tomada de consciência e os questionamentos por parte das classes menos favorecidas. Contudo, mesmo que um projeto participativo tenha essa característica, sempre há brechas para atitudes contra-hegemônicas. Quando uma família ganha confiança e auto-estima através do cuidado de seu filho, está buscando autopromoção e mudando seu relacionamento com o serviço de saúde e seus profissionais, que representam as classes dominantes ou o Estado. Deste ponto de vista, os programas de mãe participante representam uma proposta transformadora, influenciando nas relações sociais e nos processos educativos relacionados à saúde infantil.

Conclusão

A formação e consolidação dos programas de mãe participante representa, sem dúvida, um avanço na atenção pediátrica, que já mostra seus reflexos também na formação dos alunos e residentes nos Hospitais-Escola. A relação médico-paciente aos poucos vai evoluindo para uma atenção integral, holística, e a presença da família nas unidades pediátricas contribui para isso. Aprendemos a trabalhar em um novo tipo de enfermaria, onde as necessidades da criança são mais respeitadas. A equipe aprende a se envolver mais com a criança e sua família, efetivando o processo de *troca* de saber com a população. «Ouvir o outro» é parte importante do aprendizado e da terapêutica.

Assim como a formação médica, também a educação em saúde se modifica. O aprendizado desenvolvido por mães e familiares tem também um efeito multiplicador que resulta em benefício para a sociedade e melhora da qualidade de vida. Entretanto, temos de admitir que ainda não é dada a devida importância a estes assuntos na formação médica, que segue os moldes tradicionais. Quando a participação ocorre de forma acrítica, pedindo-se apenas que os pais colaborem com a equipe e consolem seus filhos, não estaremos permitindo que se apropriem dos conhecimentos em saúde, nem do direito de cuidar de si mesmos e de suas crianças.

Os funcionários, enfermeiros e residentes de Pediatria, por outro lado, se agem de forma desfavorável à participação da família, talvez não estejam suficientemente envolvidos nos programas para compreender sua importância e seu potencial transformador. A educação continuada e a valorização dos profissionais de saúde são fundamentais para a humanização da assistência, para o sucesso das políticas participativas e para a promoção da saúde. Os próprios conflitos podem constituir um rico material para reflexão. Os programas de mãe participante assumem caráter libertador somente quando há reflexão e troca de saber, aumentando a auto-estima das pessoas envolvidas e aproximando os usuários da equipe de saúde.

É preciso ainda analisar melhor a postura do médico, do aluno e do docente da Escola Médica em relação à população usuária do serviço. Comportamentos autoritários e paternalistas se transmitem de mestre para aluno, reproduzindo as relações de dominação

sobre as classes menos favorecidas. Não está esclarecido até que ponto os movimentos contrários a essa postura são capazes de transformá-la.

A superação das relações de dominação reproduzidas na instituição hospitalar é um processo difícil. Há muito o que avançar no que tange à consciência e educação dos profissionais e da população, para que este e outros processos participativos levem à democratização dos serviços e do saber, que não é atribuição exclusiva de ninguém; antes, deve ser reconhecido em suas diversas formas e compartilhado em benefício de todos.

Agradecimentos

- Pela leitura crítica do texto e sugestões apresentadas:

Profa. Dra. Márcia Faria Westphal (professora titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Departamento de Práticas de Saúde Pública - Disciplina de Educação);

Profa. Dra. Rosana Fiorini Puccini - Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária - Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina;

- Pela contribuição com documentos sobre Programas de Mãe Participante:

Enfa. Ieda Aparecida Carneiro - Enfermeira da Unidade de Pediatria do Hospital São Paulo – UNIFESP/EPM.

Referências Bibliográficas

1. Foucault M. O Nascimento do Hospital. In : Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro; Graal; 1979.
2. Cypriano MS e Fisberg M. Mãe participante: benefícios e barreiras. *J Pediatr (Rio J)*, 1990; 66 (4/5): 92 - 97.
3. Spitz R. *El primer año de vida del niño: génesis de las primeras relaciones objetales*. 1977 - 3ª Ed. - 9ª reimpressão.
4. Mora MCS, Tatsumi T, Nebuloni MFR, Cezanne M, Iazzetti AR, Oliva CAG, et al. Programa mãe participante: experiência de um ano de implantação no Hospital Umberto Primo (HUI). *Rev. Paul. Pediatr.* 1991; 9 (32): 14 - 21.
5. Restrepo, J. M. El niño hospitalizado: otro niño maltratado. *Arch. Arg. Pediatr.*, 1986; 84: 73 - 76.
6. Ozorio A, Ferrari AM, Alonso R, Cardozo N. Hospitalización conjunta del hijo con su madre - programa de madre participante. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1978; 84 (3), 240 - 245.
7. Barrera Q, F; Sepúlveda B, AM; Weber U, C; Moraga M, F; Escobar M, S; Mejías J, M. Participación materna en la atención del niño hospitalizado. *Rev. Chil. Pediatr.* 1993; 64 (3): 164 - 168.
8. Neira Huerta EP Madeira LM, Miranda MM, Garcia TR. Relações sociais entre a equipe de enfermagem e pais de crianças hospitalizadas. *Rev. Esc. Enf. USP* 1986; 20 (1): 55 - 69.
9. Ungerer RLS, Miranda ATC. História do alojamento conjunto. *J Pediatr (Rio J.)* 1999; 75(1): 5-10.
10. Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1990.
11. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Cuidados Hospitalares e Departamento de Defesa dos Direitos da Criança. *Direitos da criança e do adolescente hospitalizados*. Disponível em URL: <http://www.sbp.com.br> .[2002 Mar 3].

12. Gouveia R. *Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde*. São Paulo; Mandacaru; 2000.
13. Organização Mundial da Saúde. *Carta de Ottawa*, 1986.
14. Westphal MF. *Participação popular e políticas municipais de saúde: o caso de Cotia e Vargem Grande Paulista*. São Paulo, 1992. [Tese de livre docência - Faculdade de Saúde Pública da USP, 1992]
15. Ammann SB. Introdução. In: Ammann SB. *Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil*, São Paulo: 1985; 5ª Ed.
16. Demo P. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. Fortaleza; Ed. da Universidade Federal do Ceará; 1985. p. 67.
17. Demo P. *Avaliação Qualitativa - 3ª Ed.* São Paulo; Cortez - Autores Associados; 1991.
18. Giacomini CH. A sociedade civil e a garantia do processo de reforma sanitária. In: *Cadernos da Nona*, vol. 1; 1992.
19. Thiollent M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo; Cortez - Autores Associados; 1988. p. 67.
20. Machado R. Introdução. In: Foucault, M. *Microfísica do Poder* - Rio de Janeiro; Graal; 1979.
21. Adorno RCF, Zioni F, Lefèvre F, Silva MEL. O conhecimento e o poder: de quem é a palavra. Relato de uma experiência de pesquisa participante. *Rev. Saúde Pública* 1987; 21 (5): 405 - 412.
22. Jacob CMA, Oselka G, Pastorino AC, Petlik MEI, Ferrari VPM, Ishida ACHT, et al. Programa de mãe participante - relato de experiência em enfermagem geral. *J Pediatr (Rio J)* 1989; 65 (5): 165 - 168.
23. Monteiro Filho L, Lopes Neto AA, Rangel AMH, Monteiro MTS. O programa de hospitalização da criança acompanhada (Phoca) do Hospital Souza Aguiar: análise dos conflitos gerados com a equipe de saúde. *J Pediatr (Rio J)* 1988; 64 (6): 242 - 247.
24. Capra F. *O ponto de mutação*. São Paulo, Cultrix; 1982.
25. Risério A. O Olhar Distanciado - Intervenção no «Seminário de Informação e Comunicação social em Saúde». In: Fundação Kellogg/Projeto UNI/FAPEX/OPAS.

Informação e Comunicação Social em Saúde - Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº. 15. Brasília; 1995.

26. Redoglia, S. et al. Relato de uma experiência com grupo de pais de crianças internadas com patologia clínica. *Pediat. (S. Paulo)*, 1979; 1.