

A EDUCAÇÃO PARA A MATERNIDADE NAS REVISTAS DE EDUCAÇÃO FAMILIAR NO ÚLTIMO MEIO SÉCULO

Carla Isabel Franco da Cruz Cardoso Vilhena

Tese de Doutoramento em Ciências da Educação

Especialidade Educação e Desenvolvimento

(MAIO, 2010)



Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação, especialidade de Educação e Desenvolvimento, realizada sob a orientação científica de Prof. Doutor António Candeias

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Doutor António Candeias, pela disponibilidade que sempre demonstrou, pelo encorajamento, assim como por todo o apoio prestado ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus colegas, em particular à Bernardete Sequeira, à Cristina Nunes, à Ida Lemos, à Helena Quintas, ao Luís Faísca, à Sandra Valadas e ao Vítor Gamboa, pela amizade e pelo incentivo.

Às minhas cunhadas, Ana e Margarida, pelo apoio e pelo interesse demonstrado pelo progresso do trabalho.

À Catarina, que esteve presente no momento certo, pela amizade que sempre demonstrou.

Ao meu irmão, João Miguel, por todas as palavras de apoio, pela disponibilidade, pelos jantares e pela atenção constante.

À minha mãe, a quem devo aquilo que sou, e cujo contributo foi essencial para a realização deste trabalho, quer no seu papel de avó, substituindo-me quando necessário, quer no papel de mãe, através do apoio e do incentivo constantes, assim como da revisão do texto.

Aos meus filhos, João e Pedro, pela compreensão que mostraram face aos momentos de maior indisponibilidade a que um trabalho desta natureza obriga.

Ao Luís, co-responsável pela conclusão deste trabalho, pelo suporte logístico, através da partilha efectiva de responsabilidades parentais, mas sobretudo, pelo suporte emocional, sem o qual este teria sido, certamente, um projecto difícil de realizar.

A todos, o meu obrigada

RESUMO

A EDUCAÇÃO PARA A MATERNIDADE NAS REVISTAS DE EDUCAÇÃO FAMILIAR NO ÚLTIMO MEIO SÉCULO

CARLA VILHENA

PALAVRAS-CHAVE: educação para a maternidade, revistas de educação familiar, análise de discurso, peritos da infância.

Uma das consequências da emergência de técnicas de governação da população, inerentes ao projecto de modernidade, é a criação de dispositivos de educação para a maternidade, cuja principal finalidade é a normalização das condutas maternas.

Concebidas como um dispositivo de educação maternal, as *revistas de educação familiar* são utilizadas pelas elites sociais e políticas como veículos de disseminação dos preceitos científicos de geração, criação e educação das crianças, e pelas mães, que procuram encontrar, através da sua leitura, solução para as questões que surgem quotidianamente no exercício da função maternal.

A caracterização e análise dos discursos publicados em revistas de educação familiar, em dois períodos de tempo distintos, 1º Período: 1945 a 1958 e 2º Período: 1994 a 2007, constitui o grande objectivo desta tese. Optou-se por uma abordagem metodológica de natureza qualitativa, a análise crítica do discurso, uma vez que se parte do princípio de que a maternidade é uma realidade socialmente construída através dos discursos produzidos por diferentes actores sociais.

Este estudo permitiu-nos verificar que os discursos sobre as concepções e as práticas da maternidade são profundamente influenciados pelo contexto histórico em que ocorrem, designadamente pelas condições sociais em que vivem mulheres e crianças, assim como pelos desenvolvimentos nas ciências da infância, designadamente na pediatria e na psicologia do desenvolvimento. Permitiu-nos ainda perceber que a mãe é considerada, em ambos os períodos de tempo, a principal responsável pela criação e educação das crianças, embora se verifique, no 2º Período: 1994 a 2007, um movimento no sentido da co-responsabilização da mãe e do pai pela prestação quotidiana dos cuidados aos filhos, ou seja, da coparentalidade.

ABSTRACT

EDUCATION FOR MOTHERHOOD IN PARENTING MAGAZINES DURING THE SECOND HALF OF THE 20TH CENTURY

CARLA VILHENA

KEYWORDS: Motherhood education, parenting magazines, discourse analysis, parenting experts.

One of the consequences arising from the emergence of techniques of government, inherent to the project of modernity, is the creation of educational devices for motherhood, with the primary aim of normalizing maternal behavior.

Designed as a device for maternal education, parenting magazines are used, on one hand, by social and political elites as vehicles for dissemination of scientific principles of childrearing, and, on the other, by mothers, who are seeking, through their reading, solution to the issues that arise daily when they are performing their maternal role.

The main aim of this study is to characterize and analyze the discourses published in parenting magazines in two different periods of time, 1st Period: 1945 to 1958 and 2nd Period: 1994 to 2007. Qualitative in nature, we decided, as a methodological approach, the critical discourse analysis, since it assumes that motherhood is a socially constructed reality through the discourses produced by different social players.

This study has allowed us to verify that the discourses on motherhood and mothering are profoundly influenced both by the historical context in which they occur, in particular by the social conditions in which the women and children live, and by developments in sciences focusing on childhood, namely in pediatric and developmental psychology. The study has also revealed that mothers are viewed in the two periods studied as the main caretakers of their children. However, in the second period, from 1994 to 2007, the study revealed a trend to a more cooperative co-parenting, involving both the mother and the father.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Capítulo I: Revisão da Literatura.....	8
I.1. Modernidade, condição feminina e transformações demográficas.....	8
I.1.1. Condição feminina: Continuidades e discontinuidades.....	13
I.1.1.1. Ideologia da domesticidade.....	14
I.1.1.2. Emancipação das mulheres: Trabalho feminino, contracepção e maternidade.....	16
I.1.2. Transformações demográficas.....	21
I.1.3. A modernidade em Portugal.....	26
I.1.3.1. O período pós-Guerra Mundial: 1945 a 1960.....	26
I.1.3.2. As transformações: Dos anos 60 ao início do século XXI.....	32
I.2. Construção social da maternidade.....	42
I.2.1. Concepções de maternidade.....	44
I.2.1.1. Idealização e valorização da maternidade.....	44
I.2.1.2. A importância do conhecimento científico.....	50
I.2.1.3. Maternalização intensiva.....	57
I.2.2. Discursos dominantes sobre as práticas de maternidade: Geração, criação e educação das crianças.....	63
I.2.2.1. Geração.....	66
I.2.2.2. Criação.....	71
I.2.2.3. Educação.....	74
I.2.3. Experiência da maternidade.....	84
I.2.3.1. Responsabilização das mães pela satisfação das necessidades da criança.....	85
I.2.3.2. A aquisição do conhecimento científico como uma componente essencial da maternidade.....	87
Capítulo II: Metodologia.....	94
II.1. Objectivos do estudo.....	94
II.2. Temporalidade do estudo.....	94

II.3. Opções metodológicas.....	97
II.4. Fontes.....	100
II.4.1. Processo de selecção das fontes.....	102
II.4.2. Caracterização das fontes.....	104
II.4.2.1. Análise descritiva das fontes.....	106
II.5. Constituição do <i>corpus</i> documental.....	112
II.5.1. Caracterização do <i>corpus</i> documental.....	115
II.6. Tratamento e análise de dados.....	119
II.6.1. Apresentação dos temas identificados.....	121
II.6.1.1. Área Temática: Concepções de Maternidade – <u>1º Período: 1945 a 1958</u>	121
II.6.1.2. Área Temática: Práticas de Maternidade – <u>1º Período: 1945 a 1958</u>	121
II.6.1.3. Área Temática: Concepções de Maternidade – <u>2º Período: 1994 a 2007</u>	122
II.6.1.4. Área Temática: Práticas de Maternidade – <u>2º Período: 1994 a 2007</u>	123
Capítulo III: Apresentação dos Resultados.....	125
III.1. Concepções de Maternidade – <u>1º Período: 1945 a 1958</u>	125
III.1.1. Incapacidade das mães.....	126
III.1.2. Educação das mães: Estratégias e soluções.....	132
III.1.2.1. Programas radiofónicos e televisivos.....	133
III.1.2.2. Cursos.....	134
III.1.2.3. Leituras.....	136
III.1.2.4. Campanhas de educação das mães.....	137
III.1.2.5. Instituições de assistência e protecção materno-infantil.....	138
III.2. Práticas de Maternidade – <u>1º Período: 1945 a 1958</u>	141
III.2.1. Gerar.....	142
III.2.1.1. Cuidados pré-concepcionais.....	142
III.2.1.2. Vigilância médica na gravidez.....	150
III.2.1.3. Alterações no estilo de vida.....	153
III.2.1.4. Alterações associadas à gravidez.....	160

III.2.1.5. Desenvolvimento pré-natal.....	162
III.2.1.6. Preparação para o parto.....	162
III.2.1.7. Parir.....	166
III.2.2. Criar.....	172
III.2.2.1. Alimentação.....	173
III.2.2.2. Higiene.....	197
III.2.2.3. Sono.....	209
III.2.2.4. Saúde e doenças.....	213
III.2.2.5. Segurança infantil.....	228
III.2.3. Educar.....	232
III.2.3.1. Ambiente familiar.....	234
III.2.3.2. Conhecimento da criança.....	236
III.2.3.3. Actividade lúdica.....	239
III.2.3.4. Desenvolvimento da inteligência.....	245
III.2.3.5. Desenvolvimento emocional.....	249
III.2.3.6. Educação moral.....	253
III.3. Concepções de Maternidade - <u>2º Período: 1994 a 2007</u>	262
III.3.1. Insegurança das mães.....	265
III.3.2. Fontes de informação.....	267
III.3.2.1. Leituras.....	268
III.3.2.2. Cursos.....	269
III.4. Práticas de Maternidade - <u>2º Período: 1994 a 2007</u>	271
III.4.1. Gerar.....	272
III.4.1.1. Planeamento da gravidez.....	272
III.4.1.2. Cuidados pré-concepcionais.....	279
III.4.1.3. Concepção e confirmação da gravidez.....	282
III.4.1.4. Vigilância médica na gravidez.....	284
III.4.1.5. Alterações no estilo de vida.....	294
III.4.1.6. Alterações associadas à gravidez.....	301
III.4.1.7. Desenvolvimento pré-natal.....	304
III.4.1.8. Preparação para o parto.....	307
III.4.1.9. Parir.....	312

III.4.2. Criar.....	328
III.4.2.1. Alimentação.....	329
III.4.2.2. Higiene.....	344
III.4.2.3. Sono.....	353
III.4.2.4. Saúde e doença.....	357
III.4.2.5. Segurança infantil.....	373
III.4.3. Educar.....	380
III.4.3.1. Ambiente familiar.....	382
III.4.3.2. Conhecimento da criança.....	388
III.4.3.3. Actividade lúdica.....	390
III.4.3.4. Desenvolvimento cognitivo.....	393
III.4.3.5. Desenvolvimento emocional.....	400
III.4.3.6. Educação moral.....	403
Capítulo IV: Discussão dos resultados.....	410
IV.1. Concepções de maternidade – <u>1º Período: 1945 a 1958</u>	410
IV.2. Práticas de maternidade – <u>1º Período: 1945 a 1958</u>	416
IV.2.1. Gerar.....	416
IV.2.2. Criar.....	419
IV.2.3. Educar.....	424
IV.3. Concepções de maternidade – <u>2º Período: 1994 a 2007</u>	431
IV.2. Práticas de maternidade – <u>2º Período: 1994 a 2007</u>	434
IV.2.1. Gerar.....	434
IV.2.2. Criar.....	440
IV.2.3. Educar.....	444
IV.5. Análise comparativa – Do pós-II Guerra Mundial à primeira década do século XXI.....	448
Conclusão.....	453
Referências bibliográficas e fontes.....	457
1. Referências bibliográficas.....	457
2. Fontes.....	474
Lista de figuras.....	499
Lista de quadros.....	500

INTRODUÇÃO

A tese que se apresenta tem como objecto de investigação a educação para a maternidade, em Portugal. O interesse por este tema deriva de um trabalho realizado anteriormente pela autora acerca do processo de institucionalização da educação de infância em Portugal (Vilhena, 2002), estudo que permitiu observar e perceber dois aspectos importantes que a seguir se descrevem:

- Primeiro, que o argumento central invocado para justificar a criação de instituições de educação de infância é a incapacidade das mães para educarem os seus filhos e daí a necessidade destes serem educados por pessoal convenientemente especializado, ou seja, com os conhecimentos pedagógicos considerados necessários para educar as crianças de uma forma científica;

- Segundo, que a crítica à capacidade educativa das mães, que se cinge no século XIX às mães das classes mais desfavorecidas, adquire, nos anos 40 do século XX, um carácter universal, englobando as mulheres de todas as classes sociais, argumento que vai ser utilizado para invocar quer a necessidade da institucionalização da educação de infância, quer a necessidade de educar as mães, transformando a educação para a maternidade num imperativo social.

A educação das mães é, assim, apresentada como uma das estratégias a utilizar na resolução dos problemas que afectam a infância, designadamente as altas taxas de mortalidade e de morbilidade infantis e a falta de educação das crianças.

A preocupação com a educação para a maternidade deriva da emergência de um modelo idealizado de *boa mãe*, prevalecente ao longo do século XX, assente no pressuposto de que esta deve ser a principal responsável pela criação e educação dos seus filhos, defendido, a maioria das vezes, através de argumentos de natureza biológica, que transformam esta responsabilidade não num facto socialmente construído, mas sim numa realidade *quasi natural*, assim como da valorização do papel da ciência na resolução dos problemas que afectavam a humanidade e, mais concretamente, no que diz respeito a este contexto específico, naqueles que atingiam as

gerações mais jovens.

Sendo as principais responsáveis pela criação e educação das crianças, designadamente daquelas em idade pré-escolar, que a escola durante a maior parte do século XX não abrange, as mães tornam-se o público-alvo de um conjunto de intervenções cujo principal objectivo é assegurar a qualidade das populações, ou seja, a construção de cidadãos saudáveis, inteligentes e socialmente integrados, através da aplicação das *normas científicas* de geração, criação e educação das crianças. Concebidas pelas elites sociais e políticas, estas intervenções assentam no pressuposto de que as mães não possuem os conhecimentos necessários para criar e educar convenientemente os seus filhos, designadamente aqueles oriundos da ciência, necessitando, por esse motivo, de ser *educadas*.

A preocupação com a educação das mães é entendida, na maioria dos trabalhos realizados sobre esta temática, como parte de um projecto mais vasto de governação das populações, descrito por autores como Foucault ou Nikolas Rose, associado ao processo de modernização das sociedades ocidentais. Este é, porém, um processo em que as mulheres também têm um papel activo, ou seja, a forma como exercem a função maternal é certamente influenciada pelo contexto, mas também pela sua liberdade de escolha, que faz com que optem por determinadas práticas em detrimento de outras, que resistam às tentativas de governação que não lhes fazem sentido.

Mais concretamente, o que trabalhos actuais têm demonstrado é que mais do que uma história da imposição de um modelo dominante, ao qual as mães se submetem sem qualquer crítica, esta é uma história da procura, por parte das mulheres, das melhores estratégias para criar e educar os seus filhos (Apple, 2006; Elvin-Nowak & Thomsson, 2001; Johnston & Swanson, 2006).

Em Portugal este tema também tem sido alvo de interesse. São de realçar: o trabalho realizado por A. G. Ferreira (2000) sobre as práticas de gestação, criação e educação das crianças durante o Antigo Regime; os estudos realizados por Joaquim (1983, 1997), que tiveram como objecto as práticas e as crenças acerca da gravidez, do parto e do período pós-parto e a forma “como são educadas as raparigas para serem mães” (Joaquim, 1997, p. 20) entre os séculos XVII e XIX, respectivamente; e, o

trabalho acerca da construção social da infância em Portugal, entre 1880 e 1940, e no qual também são abordadas algumas questões relacionadas com a educação para a maternidade, realizado por M. M. Ferreira (2000). Mais recentemente são de referir os trabalhos realizados por Monteiro (2005) acerca da experiência de maternidade, na actualidade, num grupo de mulheres trabalhadoras e por Pessoa (2005), em que a autora procede à caracterização do pensamento de Maria Lúcia Namorado sobre a educação das mães e das crianças no período do Estado Novo.

É ainda de referir que a realização da investigação anteriormente referida (Vilhena, 2002) coincidiu com o período em que a própria autora foi mãe, o que conduziu à imersão nessa realidade. Tal acontecimento permitiu-lhe compreender até que ponto a ideia de que a maternidade necessita de preparação especial, ou seja, de que não pode ser realizada sem recurso ao conhecimento científico, estava interiorizada pelas mães, pelo menos aquelas com um nível educativo semelhante ao da autora e que faziam parte da sua rede social. Salienta-se que a sua primeira compra, enquanto futura mãe, foi um livro sobre a gravidez, de forma a obter informação quer sobre o processo em si, quer sobre quais as atitudes mais correctas para preservar a saúde e o bem-estar do seu futuro filho.

A vivência da maternidade permitiu, assim, constatar que a estratégia utilizada pelos peritos dos anos 30 e 40 do século XX, ou seja, a crítica constante à capacidade educativa das mães, tinha tido algum sucesso, já que a informação era procurada activamente pelas mulheres, que buscavam assim as soluções para os problemas que surgiam no exercício quotidiano da função maternal. Outro indício de que esta é uma prática relativamente comum é o número crescente de livros, revistas, *sites* e fóruns de Internet destinados às mães, onde estas podem procurar informação ou trocar ideias com outras mulheres em situações semelhantes.

Simultaneamente, o contacto mais directo com os peritos da infância e com as outras mães, permitiu também perceber que o conhecimento científico que tínhamos como certo, verdadeiro e seguro, nem sempre o era, uma vez que as práticas variavam quer de hospital para hospital, quer de perito para perito. Mais concretamente, enquanto nalguns hospitais as crianças tomavam o primeiro banho com algumas horas de vida, noutros as mães eram aconselhadas a só fazê-lo depois de cair o cordão umbilical, e o

tipo de medicamento utilizado para tratar determinada doença ou a maior ou menor relutância em administrar um antibiótico era identificado com a escola onde cada pediatra tinha obtido a sua especialização.

A autora teve ainda a possibilidade de perceber que a forma como as mães lidavam com os peritos e com a informação por eles produzida não era uniforme, nem mesmo entre mães pertencentes à mesma classe social e com níveis de escolaridade semelhantes. Às mulheres que seguiam escrupulosamente o que os peritos diziam, oponham-se aquelas que utilizavam outras fontes de aconselhamento, realizando práticas que sabiam ser condenadas por estes, razão pela qual muitas vezes as ocultavam dos médicos dos seus filhos, mas que eram por elas consideradas as mais correctas.

As experiências acima descritas estão de acordo com a análise que vários autores têm feito sobre a maternidade, que tem vindo a ser objecto, como refere Arendell (2000), de um número de estudos cada vez maior.

A análise dos discursos acerca da maternidade (Badinter, s/d; Brown, 2004; Johnston & Swanson, 2003; Kaplan, 1992; Keller, 1994; Knibiehler, 1997, 2000; Marshall, 1994; Thurer, 1995) e o impacto destes discursos no significado e na prática da maternidade (Apple, 2006; Arnup, 1994; Bobel, 2002; Ehrenreich & English, 1988; Elvin-Nowak & Thomsson, 2001; Grant, 1998; Hays, 1996; Johnston & Swanson, 2006; Litt, 2000) têm sido alguns dos temas abordados em obras mais recentes. O corpo de conhecimentos assim construído permitiu verificar que a forma como a maternidade é vivida pelas mulheres, assim como as concepções dominantes a ela relativas, são realidades socialmente construídas e, enquanto tal, dependentes dos contextos histórico, social e cultural em que as mães se inserem, ou seja, de que apesar do seu inegável carácter biológico, a maternidade não é, como afirmam Apple e Golden (1997), um conceito estático ou homogéneo.

O presente estudo baseia-se na análise dos discursos sobre a maternidade veiculados nas *revistas de educação familiar* (Nóvoa, 1993). Como salientam Johnston e Swanson (2003) as revistas têm constituído um tipo de fonte pouco utilizada nos estudos sobre a maternidade, que se têm centrado essencialmente na análise da literatura de auto-ajuda, nos manuais de puericultura e nos conselhos dados pelos peritos.

Constituem excepção, ao estudo realizado pelas autoras anteriormente mencionadas, os trabalhos realizados por Luke (1996) acerca das concepções de maternidade e de infância veiculadas nas revistas para pais; o trabalho realizado por Pessoa (2005) sobre a proposta pedagógica de Maria Lúcia Vassalo Namorado, directora da revista *Os Nossos Filhos*, em que a autora analisou, para além do espólio de Maria Lúcia Namorado, um conjunto de artigos dessa mesma revista, e o estudo realizado por Sunderland (2006) acerca das representações da maternidade e da paternidade em *revistas de educação familiar*.

Esta análise abrange dois períodos de tempo distintos, 1º Período: 1945 a 1958 e 2º Período: 1994 a 2007. Tal relaciona-se com o facto de acreditarmos que, como afirma Campenhoudt (2003, p. 111), “a perspectivização histórica permite, com efeito, ver como aquilo a que se chama uma ‘realidade social’, (...), ‘não cai do céu’, não constituiu sempre uma ‘realidade’ e não tomou a sua forma actual senão no termo de um longo processo que teria podido decorrer de modo diferente”, ou seja, de que a forma como entendemos a maternidade hoje pode ser melhor compreendida através de uma análise comparativa entre períodos históricos.

Neste contexto, a opção pelo período pós-II Guerra Mundial, e não por qualquer outro do século XX, deve-se ao facto de este ser marcado, no mundo ocidental, por uma valorização da esfera doméstica e do papel das mulheres enquanto mães, iniciada no século XIX, o que contrasta com o momento presente, em que grande parte das mulheres exerce uma profissão fora de casa. Este é ainda o momento em que, segundo Hays (1996), se inicia a construção da concepção dominante de maternidade na actualidade, a *ideologia da maternalização intensiva*.

No que se refere ao nosso país, assiste-se, a partir dos anos 40, a uma valorização da maternidade, passando a mulher - considerada, no discurso oficial, o *sustentáculo da nação* - a ser responsabilizada pela *salvaguarda moral das famílias* e pela *renovação da raça* (Belo, Alão & Cabral, 1987), sendo ainda reforçados neste período os dispositivos oficiais de governação das famílias, cuja implantação se inicia em 1936, com a criação da *Obra da Mães para a Educação Nacional*¹. Mais

1 Decreto-Lei nº 26.893 de 15 de Agosto de 1936

concretamente, a reorganização dos serviços de assistência social², reforça as atribuições do *Instituto de Assistência à Família*, cuja principal finalidade é “Coordenar a acção das instituições que se proponham como finalidade a defesa da família” e cria o *Instituto de Assistência aos Menores* com o objectivo de “Coordenar a prestação de assistência aos menores nos casos de orfandade, abandono, incapacidade dos pais ou insuficiência económica familiar, no que respeita à sua formação moral, intelectual e profissional” (Artº. 127, alínea a).

Pretende-se, assim, através da realização deste trabalho, contribuir para uma melhor compreensão de uma realidade que directa ou indirectamente nos toca a todos e que é essencial para a sobrevivência de qualquer sociedade, a maternidade. Como afirma Hays (1996, p. ix): “After all, we all know something about mothering: we’ve been mothered, we are mothers, we know mothers, or at least we think we know what it *means* to be a mother or to be mothered”.

Neste sentido, foram analisados os discursos quer sobre as *concepções de maternidade*, ou seja, a forma como as mães são representadas, quer acerca das *práticas de maternidade*, isto é, o modo como se entende que a função maternal deve ser exercida.

Assim, os principais objectivos deste estudo são os seguintes:

- Caracterização e análise do discurso veiculado nas *revistas de educação familiar* sobre as concepções e as práticas de maternidade, no período compreendido entre 1945 e 1958;
- Caracterização e análise do discurso veiculado nas *revistas de educação familiar* sobre as concepções e as práticas de maternidade, no período compreendido entre 1994 e 2007;
- Análise comparativa dos discursos veiculados nos dois períodos de tempo estudados.

Passaremos de seguida, no Capítulo I, à revisão da literatura existente na área,

² Decreto-Lei n.º 35:108, de 7 de Novembro de 1945

iniciando esta revisão com uma breve referência às questões da modernidade, assim como das transformações na condição feminina que lhe estão associadas, passando, em seguida, aos aspectos relacionadas com as concepções e as práticas de maternidade. No Capítulo II será apresentada a metodologia de investigação utilizada na realização do estudo que aqui se apresenta, a que se seguirão, nos Capítulos III e IV, a apresentação e a discussão dos resultados, respectivamente. Por fim, serão apresentadas as principais conclusões.

CAPÍTULO I

REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo trata da revisão da literatura, que se inicia pelas questões da modernidade, fazendo referência ao impacto que esta teve ao nível da condição feminina e da estrutura demográfica das sociedades ocidentais contemporâneas, nomeadamente em Portugal.

Seguidamente, são abordadas as questões relacionadas com a construção social da maternidade, através da referência a dois aspectos específicos, mas intimamente relacionados: os discursos dominantes sobre a maternidade, quer ao nível das concepções, quer no que diz respeito às práticas da maternidade, e a experiência das mulheres enquanto mães.

I.1. MODERNIDADE, CONDIÇÃO FEMININA E TRANSFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

Um conceito essencial para entendermos o mundo em que vivemos é o de *modernidade*. Como afirma Wagner (2008, p. 1) “we are all modern today”.

A modernidade não corresponde, porém, a uma realidade única, imutável no tempo e no espaço, mas sim a um movimento que, iniciado na Europa de setecentos, se propagou pelo mundo segundo diferentes ritmos e sofrendo sucessivas transformações, como tem sido demonstrado por autores como Eisenstadt (1991, 2007) ou Wagner (1998, 2001, 2008).

Definida por Giddens (2005, p. 1) como os “modos de vida e de organização social que emergiram na Europa cerca do século XVII e que adquiriram, subsequentemente, uma influência mais ou menos universal”, a modernidade pressupõe

uma ruptura profunda com as formas de organização social próprias das sociedades tradicionais, ou seja, a emergência de novas formas de estar e de pensar.

Um dos elementos centrais do projecto de modernidade é a ideia de autonomia, no sentido em que cada indivíduo é responsável pelas suas acções. Segundo Wagner (2001, p. 10) “it thinks of human beings giving themselves their own law and as being capable of mastering their own world”.

Contudo, na prática, a defesa da liberdade e da autonomia individual vai colocar problemas de ordem e de controlo. Nesta aparente contradição reside o que Wagner (1998) designa de ambiguidade do discurso moderno: ao mesmo tempo que se defende a liberdade individual, refere-se a necessidade de a controlar, invocando para tal o *bem comum*, “categoria colectivista, que ultrapassa os indivíduos e não pode ser considerada como derivando da sua vontade” (Candeias, 2005, p. 480).

Tal será facilitado, entre outros aspectos, pela criação de um conjunto de instituições disciplinares, tais como a escola ou a prisão, acompanhada pela promulgação de programas assistenciais cujo principal objectivo será, através da normalização, o enquadramento na nova ordem de todos os que dela estão excluídos. Como refere Ó (2003, p. 74):

a invenção das instituições disciplinares (...) foi acompanhada pela promulgação de programas de tipo assistencial a cargo de um leque variado de cientistas que defendiam a necessidade de *conhecer objectivamente* a actividade económica, a vida familiar e a moral individual para, com propriedade, as poder enquadrar nos parâmetros da virtude pública.

Assiste-se, assim, ao desenvolvimento das técnicas de governação da população de que nos fala Foucault, elemento essencial na preparação dos indivíduos para a integração na nova ordem moral e social que a modernidade anuncia (Rose, 1999b). Estas têm como principal objectivo a modelação do comportamento individual garantindo, simultaneamente, a autonomia dos sujeitos.

Esta preocupação torna-se particularmente evidente na transição da *modernidade liberal restrita* para a *modernidade organizada*, ou seja, durante a 1ª crise da

modernidade. Esta crise tem origem nas transformações sociais que ocorrem durante o século XIX, e na conseqüente necessidade de integrar os indivíduos que até aí, por serem considerados incapazes de exercer a sua autonomia, tinham sido excluídos das instituições modernas:

One effect of the upsetting of social orders during the nineteenth century was that far greater parts of the population of a territory had come under the reach of modern practices. Consequently, they also had to be formally included into modern institutions. (Wagner, 1998, p. 16)

Mais concretamente, a percepção de que os projectos de normalização e racionalização característicos da *modernidade liberal restrita* não permitiam, por si só, conter a desfragmentação social e a individualização crescente da sociedade impõe a criação de novas formas de governo, que vão caracterizar uma nova fase, a *modernidade organizada* (Rose, 1999b).

Esta etapa, que decorre durante praticamente todo o século XX, assume-se como um período de integração, de “inclusão sistemática e ordenada de todos, o que imporá a interiorização de uma racionalidade dominante, que se transformará tendencialmente em ‘senso comum’, até todos poderem ser virtualmente livres sem que o ‘bem-comum’ disso se ressinta” (Candeias, 2005, p. 481).

A construção desta nova ordem social implica a crescente formalização e homogeneização das práticas sociais. É de realçar, em relação a este aspecto, a contribuição das primeiras políticas de suporte social e, posteriormente, da emergência do Estado Providência, na Europa do pós-guerra. As políticas sociais permitiram o que Wagner (1998, p. 98) designa de colectivização, cujo principal resultado foi a estandardização do comportamento social:

Both from below and from above, the building of the welfare state was a major collectivizing process. It assigned the members of society to places in well-defined collectives according to age, occupational status, marital status, health status. The status definition was accompanied by expectations about behaviour opportunities and actual behavior, and an increasing number of welfare

bureaucrats and social workers of all kinds were ready to intervene should the reality deviate from the expectations. The effect of the welfare state can without doubt be seen as standardization of social behaviour and of biographical positions.

É ainda de referir que a estandardização de comportamentos atinge não só aqueles que têm lugar na esfera pública, mas também os mais íntimos e rotineiros, aqueles que ocorrem na esfera privada. Como afirma Rose (1999b) todos os aspectos da vida quotidiana, desde a alimentação dos bebés à higiene pessoal, são alvo de regulamentação pelos peritos.

Formuladas com base no conhecimento científico, o seguimento das normas significava não só respeito pela ciência, mas também garantia de felicidade e sinal de responsabilidade social. É, assim, promovido o que Rose (1999b) designa de *social way of life*, ou seja, a tentativa de estandardização dos comportamentos, assente na redução de ambivalências e na produção de certezas, que transforma práticas construídas culturalmente em realidades *quasi naturais*.

É de salientar, neste contexto, o papel desempenhado pelos peritos. Apesar da sua incorporação na governação datar do século XIX, só durante o século XX os peritos se tornam componentes essenciais da *governação social*, uma vez que, através da sua intervenção, permitem a articulação entre os objectivos políticos e o comportamento dos indivíduos (Rose, 1999b).

Mais concretamente, a *governação social* pressupõe a utilização de um conjunto de estratégias e mecanismos, formulados com base nos conhecimentos dos peritos, cujo principal objectivo é a *educação benigna* do cidadão normal (Rose, 1999b). A divulgação desse conhecimento através dos meios de comunicação social ou o aconselhamento em determinados momentos da vida, como, por exemplo, o nascimento de uma criança, uma situação de doença ou o casamento, são exemplos de estratégias utilizadas nesse processo educativo.

O conhecimento produzido pelos peritos invade assim todos os aspectos da vida social, mesmos aqueles mais íntimos e privados, estando na base do que Wagner (1998) designa de domínio cognitivo da sociedade. Os sistemas periciais, definidos por

Giddens (2005) como “sistemas de realização técnica, ou de pericialidade profissional, que organizam vastas áreas do ambiente material e social em que vivemos” (p. 19), transformam-se, assim, num elementos essencial da modernidade:

Os indivíduos nos cenários pré-modernos, em princípio e na prática, podiam ignorar as opiniões dos padres, dos sábios, dos feiticeiros e continuar com as rotinas da actividade diária. Mas isto não acontece no mundo moderno, no que diz respeito ao conhecimento pericial. (p. 59)

Esta forma de organização social e a crescente formalização das práticas sociais que lhe está associada começa a ser contestada por diferentes grupos sociais, dando origem à segunda crise da modernidade, marcada, segundo Wagner (1998), pelos acontecimentos de 1968. Estes grupos sociais defendem a emancipação dos indivíduos, a libertação dos constrangimentos que a integração numa ordem social previamente estabelecida impõe e a possibilidade de escolha de diferentes modos de vida e de estar.

É neste contexto que se dá a transição para a *modernidade liberal alargada*, que se define precisamente pela defesa da pluralidade de caminhos, pela diversidade, e que caracteriza, de acordo com Wagner (1998), o mundo actual. Tal pode ser atribuído, segundo Schmidt (2007), à melhoria do nível educativo das populações e, conseqüentemente, do seu nível de vida, o que vai permitir que um maior número de pessoas tenha acesso a uma realidade que anteriormente era privilégio de uma minoria. Como o próprio autor explica, o individualismo crescente, a pluralidade de valores assim como a multiplicação de estilos de vida características da actualidade, são melhor compreendidos se os entendermos como um resultado da ampliação da escolaridade e da melhoria das condições de vida:

growing individualisation, value plurality and organisational fragmentation do not point beyond modernity. Instead, they are better understood as manifestations of the spread of (increasingly higher levels of) education and wealth to large fractions of the population whose result is a multiplication of options, lifestyles and dispositions that had previously been the privilege of the avant-garde elite. When the majority of the people are barely literate and poor,

there tends to be greater homogeneity in living levels, modes of thought, biographical patterns and lifestyles than when 30 per cent or more (in some countries nowadays up to 50) percent of the people undergo tertiary education. (Schmidt, 2007, p. 3)

Uma das consequências destes movimentos de crítica à ordem social característica da *modernidade organizada* é a emancipação das mulheres que neste período acedem, em massa à vida pública, ou seja, à esfera do trabalho. Remetidas, no início do processo de modernização das sociedades ocidentais para a esfera privada, pelo menos em termos de concepção dominante do papel social que deveriam desempenhar, é somente a partir dos anos 70 que a participação das mulheres na vida pública começa a generalizar-se. São precisamente as implicações do processo de modernidade na condição feminina que abordaremos em seguida.

I.1.1. Condição feminina: Continuidades e discontinuidades

A transformação das formas de produção, de que uma das consequências é a separação entre o sítio onde se reside, tornado um espaço privado, e o local onde se trabalha, um espaço público, constitui uma das consequências da modernidade. Tal irá influenciar a forma como as famílias se organizam, designadamente nas funções e nos papéis que são atribuídos a cada um dos seus membros.

Mais concretamente, a mulher é remetida para o espaço doméstico, sendo-lhe atribuída a função de zelar pelo lar e pela criação e educação das crianças, enquanto ao homem, participante na esfera pública, é atribuída uma função instrumental, ou seja, o sustento económico da família, emergindo o que é geralmente designado de *ideologia das duas esferas*.

1.1.1.1. Ideologia da domesticidade

A identificação da esfera doméstica como o lugar próprio da mulher está intimamente associada com a transformação do seu lugar na sociedade e, mais concretamente, com o seu afastamento não só do trabalho no exterior do lar, mas também, como refere Allen (2005), da participação política e social. Assiste-se, assim, à “progressiva invenção da *dona de casa* e da identificação do trabalho do lar como *trabalho doméstico* e deste como o trabalho da mulher, concebido ainda numa relação de incompatibilidade com o exercício do trabalho na esfera pública” (Rocha & Ferreira, 2006, p. 19), ou seja, à valorização crescente da maternidade e da domesticidade.

Podemos então afirmar que, embora assente, como anteriormente referido, na ideia de autonomia e liberdade, a modernidade não significa para a mulher, pelo menos nos seus estádios iniciais, o acesso à vida pública e à participação política. Pelo contrário, durante o período da *modernidade liberal restrita*, esta foi remetida para a esfera privada, perdendo alguns privilégios que, pelo menos a título informal, detinha no Antigo Regime.

Segundo Wagner (1998) o advento da modernidade não significou para a mulher uma libertação, uma participação plena em todos os domínios sociais. Pelo contrário, a reestruturação burguesa introduziu regras mais convencionais e excluiu formalmente a mulher de um leque de actividades, designadamente a participação política, para as quais podiam contribuir de um modo mais informal no Antigo Regime, pelo menos aquelas que pertenciam a classes mais favorecidas.

Apesar de contribuir para o seu isolamento da esfera pública, a ideologia das duas esferas permitiu à mulher da classe média conquistar um espaço novo e, simultaneamente, sentir-se valorizada, no sentido em que, como explicam Ladd-Taylor e Umansky (1998), a atribuição de uma superioridade moral à mulher, uma vez que é “preservada” do contacto com o exterior, aumentou a sua autoridade dentro do espaço doméstico e definiu o seu papel social, sendo-lhe conferida a responsabilidade pela educação moral dos seus filhos.

Esta adesão ao novo papel é visível, por exemplo, no investimento realizado no espaço doméstico, cuja manutenção é considerada responsabilidade feminina. De acordo com Segalen (1999a, p. 23) a casa passa a ser considerada “o espaço interior da família, valorizado ao extremo, muito decorado e embelezado. Reino da mulher, esta investe aí uma parte considerável da sua energia e do seu tempo”.

A ideia de que o espaço doméstico é um espaço feminino por excelência, está na origem, segundo Abramovitz (1996), da ética familiar prevalecente na actualidade e que regula a percepção que se tem do papel da mulher. De acordo com esta ética familiar, o papel da mulher consiste em casar e ter filhos, sendo sustentada pelo marido, a quem deve estar subordinada.

Esta ética familiar é reforçada, segundo Thébaud (1995), pela preocupação demográfica dos Estados, pelo discurso médico sobre a criação e educação dos filhos, assim como pelo discurso psicológico acerca da importância da relação mãe-criança que vão contribuir para que a ideia da mulher como *naturalmente apta* para a esfera doméstica prevaleça ao longo do século XX. Assente na crença da existência de uma predisposição *natural* para este tipo de funções, a ideia da mulher como dona de casa e mãe deixa de ser entendida como um facto socialmente construído, assumindo um carácter *quasi-natural*.

O período pós II-Guerra Mundial é considerado o período áureo da ideologia da domesticidade. A tal não será alheio o facto de este corresponder ao período em que se dá a democratização do modelo familiar assente na divisão sexual dos papéis, possibilitado, como refere Esping-Andersen (2009), pelo pleno emprego masculino, assim como pelo aumento dos salários.

Estes acontecimentos abriram a possibilidade às mulheres operárias casadas, muitas delas empregadas em indústrias tradicionalmente femininas, como os têxteis ou a limpeza, de puderem abandonar os seus empregos, assumindo, assim, comportamentos até aí reservados às mulheres das classes mais favorecidas. De facto, como explicam Ladd-Taylor e Umansky (1998), o modelo da *breadwinner family* é uma excepção histórica e não a norma, uma vez que somente no período pós II Guerra Mundial foi possível aos homens pertencentes às classes operárias ganharem um salário

que permitisse satisfazer as necessidades da família e, conseqüentemente, prescindir do rendimento proveniente dos trabalhos realizados pelas mulheres.

Contudo, a partir dos anos 70, o trabalho doméstico, percebido até aí como uma *função natural* da mulher, começa a ser percebido como uma “alienação, como uma subordinação da mulher ao homem” (Prost, 1991, p. 40) assumindo, o trabalho assalariado, um valor emancipatório até aí desconhecido. Tal explica, pelo menos em parte, a entrada massiva das mulheres no mundo do trabalho que, associada à difusão de métodos contraceptivos de alta eficácia, introduz profundas transformações na estrutura familiar, no papel assumido pelas mulheres na sociedade e na forma como estas vivem a maternidade.

1.1.1.2. Emancipação das mulheres: Trabalho feminino, contracepção e maternidade

A entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho, sobretudo daquelas que são mães, é um acontecimento marcante não só na sua história, mas também em termos sociais. Segundo Esping-Andersen (2009) o impacto social da participação das mulheres na vida pública é comparável àquele produzido pela introdução das novas tecnologias, tendo repercussões, quer de uma forma directa, quer indirecta, nas instituições sociais mais importantes.

Apesar do trabalho feminino em si mesmo não constituir uma novidade, uma vez que sempre houve mulheres trabalhadoras, o que constitui inovação é, como afirma Segalen (1999a, p. 29) “a entrada no mercado de trabalho das mulheres das classes médias, que (...) ficavam em casa, consagradas ao lar e aos filhos”, assim como a transformação da sua relação com o mundo laboral.

Facilitada pela emergência, no mundo ocidental do pós-guerra, de um conjunto de serviços que apelavam ao trabalho feminino, tais como “o desenvolvimento do sector terciário, as administrações, os bancos e as companhias de seguros, bem como o desenvolvimento do recurso aos serviços comerciais nos domínios da saúde, do lazer,

da cultura” (Commaille, citado por Segalen, 1999a, p. 30), a entrada das mulheres no mundo do trabalho transforma-se, à medida que se generaliza, num facto socialmente aceite.

A aceitação social do trabalho feminino é acompanhada pelo que Goldin (2006) designa de *revolução silenciosa*. O trabalho deixa de ser percebido como um emprego, necessário à subsistência económica, passando a ser visto como uma carreira, que se deseja prosseguir com vista, não só à independência económica, mas também à realização pessoal. Como afirma Hays (1996) o desejo de prosseguir uma carreira é uma das razões que conduz muitas mulheres a optarem, quando poderiam não o fazer, pela entrada no mercado de trabalho.

Para tal transformação contribui um conjunto significativo de factores: o ressurgimento dos movimentos feministas que encorajavam a independência das mulheres, o aumento do divórcio e, sobretudo, outro acontecimento decisivo para a história das mulheres, a difusão da contraceção química e mecânica de alta eficácia.

O controlo da fecundidade introduziu profundas alterações na vida da mulher ao permitir que a biologia deixasse de comandar o destino feminino. A sexualidade foi, assim, dissociada da procriação e ter filhos transformou-se numa decisão pessoal. É, agora, possível às mulheres decidir se querem ser mães ou não e, se optarem por ter filhos, decidir o momento em que desejam que eles nasçam.

Apesar de todas estas transformações, a maternidade continua a ser desejada pela maioria das mulheres. Segundo Cunha (2007, p. 47) “são poucas as mulheres e poucos os casais que tomam a decisão de não ter filhos”. O recurso à contraceção não significa, assim, uma recusa da maternidade, mas antes uma vontade de planificar os nascimentos.

O planeamento da gravidez, que embora realizado em casal é determinado sobretudo pela mulher, é muitas vezes realizado de acordo com o seu projecto profissional, o que traduz uma mudança face ao que se verificava anteriormente em relação às mulheres trabalhadoras. Como explica Segalen (1999a, p. 31) “os nascimentos são hoje em dia planificados em função do trabalho da mãe ou das incertezas da sua carreira, enquanto antes a mulher adaptava os seus períodos de

actividade profissional ao nascimento dos filhos”.

Ser mãe e ter uma carreira não são vistos, na actualidade, como dois papéis separados, mas sim como parte integrante da vida e da identidade da maioria das mulheres em idade fértil. Tal é confirmado pelos resultados obtidos por Everingham, Stevenson e Warner-Smith (2007, p. 427) no seu estudo com três gerações de mulheres australianas, em que verificaram que na geração mais nova, entre os 25 e os 31 anos, ser mãe trabalhadora é considerado *quasi natural*:

Young women, across all social strata, left school expecting to do both – work and be a mother. Unlike their mothers’ generation, these young women did not expect that a man was going to provide for them economically for the rest of their lives. If well educated and aspiring towards a career, they expected that this would continue after motherhood. Young women without career aspirations also expected to work after becoming mothers, to contribute to their family’s income. The roles of ‘mother’ and ‘worker’ are not understood by this generation of young women as separate, but enmeshed.

Contudo, o acesso das mulheres à esfera pública não significa, para a maioria, uma diminuição do peso atribuído à esfera doméstica. É precisamente no seio da vida em casal, e mais acentuadamente no exercício da maternidade, que a revolução operada pela emancipação feminina nas últimas décadas do século XX, ainda não se faz sentir. Esta é assim uma *revolução incompleta* (Esping-Andersen, 2009).

A existência de um discurso a favor da igualdade, que pressupõe que homens e mulheres são igualmente capazes de criar e educar os seus filhos (Elvin-Nowak & Thomsson, 2001), a emergência das *famílias neotradicionais*, definidas por Furstenberg (citado em Alwin, 2007) como um modelo em que a mulher partilha uma parte da responsabilidade económica e o homem participa num maior número de actividades domésticas, por comparação com as gerações anteriores, e o facto de o pai ter um papel cada vez mais activo nas tarefas relacionadas com a criação e educação das crianças (Morgan, 2007; Segalen, 1999b), designadamente nas famílias com níveis educativos mais elevados (Esping-Andersen, 2009), podem ser considerados indicadores de que algo está a mudar. Contudo, as desigualdades na partilha das tarefas realizadas na esfera

privada é ainda uma realidade para a maioria das mulheres, designadamente para aquelas que pertencem a classes sociais mais desfavorecidas.

Vários autores têm demonstrado que a participação masculina, designadamente no que diz respeito à prestação de cuidados às crianças, embora tenha aumentado face a períodos anteriores, ainda é muito reduzida (Ahlberg, Roman & Duncan, 2008; Bulanda, 2004; Cloud, 2002; Craig, 2006; Craig & Bittman, 2008; Crompton, Brockmann & Lyonette, 2005; Raskin, 2006; Sandberg & Hofferth, 2005; Sayer, Gauthier & Furstenberg, 2004; Segalen, 1999b; Summer, Smithson, Guerreiro & Granhund, 2008; Windebank, 2001).

No seu estudo acerca do impacto das crianças na utilização do tempo pelos adultos Craig e Bittman (2008) verificaram que eram sobretudo as mulheres que desempenhavam as tarefas relacionadas com os filhos, o que confirma os resultados obtidos por Craig (2006). Mais concretamente, nas famílias com crianças em idade pré-escolar, a contribuição da mãe é superior à do pai, gastando aquela mais de três-quartos do tempo total despendido com actividades relacionadas com o cuidar da criança (Craig & Bittman, 2008).

Como afirma Raskin (2006) as transformações ao nível da identidade profissional não foram acompanhadas pela respectiva alteração no que diz respeito às funções da mãe, que continua a ser percebida como a principal prestadora de cuidados aos filhos, sendo a sua presença considerada essencial para o bem-estar físico e psicológico das crianças. A imagem de mãe trabalhadora é assim acompanhada pela ideia da super-mãe, aquela que consegue conciliar vida familiar e vida profissional, sem que nenhuma das duas seja prejudicada.

Tal é visível na promoção de políticas de conciliação entre trabalho e família que têm como principais destinatárias as mães, o que supõe um entendimento de que estas é que devem ser responsabilizadas pela criação e educação das crianças (Lewis, Knijn, Martin & Ostner, 2008), assim como na desvalorização social de que são alvo as mães que optam por exercer esta tarefa a tempo inteiro, designadamente aquelas que possuem níveis de escolaridade mais elevados (Rubin & Wooten, 2007). No seu trabalho acerca das ideologias de maternidade veiculadas através de revistas femininas, Johnston e

Swanson (2003) verificaram que as mães domésticas são representadas como infelizes, pouco orgulhosas de si mesmas e confusas, enquanto a imagem que se transmite da mãe trabalhadora é a de uma mulher orgulhosa e feliz.

Em suma, apesar da aparente igualdade entre homens e mulheres na esfera pública, tal não se reflecte na vida privada, o que indica, tal como defende Abramovitz (1996), a persistência na actualidade de uma ética familiar, associada à ideologia da domesticidade, que atribui à mãe a responsabilidade pela esfera doméstica e, consequentemente, pela criação e educação dos filhos.

A persistência deste desequilíbrio, ou seja, da responsabilização da mãe, e não dos pais, pela conciliação da vida familiar e profissional é apontada como uma das razões para a diminuição da taxa de fertilidade no mundo ocidental (DeLaat & Sanz, 2007; McDonald, 2000). Como afirma McDonald (2000, p. 11):

There has been considerable advance in gender equity in the institutions of education and market employment. On the other hand, the male breadwinner model often remains paramount in the family itself, in services provision, in tax-transfer systems and in industrial relations. This leaves women with stark choices between children and employment, which, in turn, leads to some women having fewer children than they would like to have, and very low fertility.

O trabalho feminino é assim um dos factores responsáveis pela diminuição das taxas de natalidade, não no sentido da recusa em ter filhos, como anteriormente referido, mas na limitação do número de filhos por mulher, inscrevendo-se a mudança no desaparecimento das famílias com três ou mais filhos (Segalen, 1999b), a que se junta a persistência das desigualdades ao nível da esfera familiar. De facto, estudos realizados por diferentes autores (Brodmann, Esping-Andersen & Guell, 2007; DeLatt & Sanz, 2007) demonstram que uma maior participação dos homens nas tarefas domésticas, designadamente naquelas que dizem respeito à criação e educação dos filhos está associada a um aumento das taxas de fertilidade, designadamente nas famílias em que a mulher tem uma carreira profissional.

A solução passaria então por aquilo que Giddens (2000) designa de *família democrática*, ou seja, de uma família em que impera a igualdade entre os indivíduos, em que a autoridade é negociada e em que a responsabilidade pela criação e educação dos filhos é partilhada, ou seja, no que diz respeito à gestão do quotidiano das crianças, à *coparentalidade* (Vouri, 2009).

O facto é que cada vez existem menos crianças nas sociedades ocidentais, o que é fruto das profundas transformações demográficas ocorridas nos últimos 50 anos, assunto que trataremos a seguir.

I.1.2. Transformações demográficas

De acordo com Judt (2006) uma das mais impressionantes características da Europa dos anos 50 e 60 é o número de crianças e jovens que a habitam, fruto do aumento das taxas de natalidade, e também da melhoria das condições de vida, dos cuidados médicos e da diminuição das taxas de mortalidade infantil.

É sobretudo a partir de meados dos anos 40, com a aplicação generalizada dos antibióticos e com os progressos na cirurgia, assim como na vacinação, que se observa uma diminuição radical nas taxas de mortalidade infantil, que vêm a diminuir desde o século XIX e, como afirma Prost (1991, p. 107), a “morte escandaliza se vier antes da velhice”.

Como se pode observar no Quadro 1, embora a maioria dos países tenha, em 1960, taxas de mortalidade infantil que se situam entre os 20‰ e os 40‰, existem ainda países com taxas bastante elevadas, como a Turquia – 162‰, o México - 95‰, e Portugal - 81‰. Actualmente, nenhum dos países analisados tem uma taxa superior a 20‰, existindo uma tendência para a convergência para valores que se situam entre os 3‰ e os 5‰, que podemos classificar como residuais.

Quadro 1

Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil³ nos Países da OCDE: 1960-2008

	1960	1970	1980	1990	2000	2008
Alemanha	-	22	13	7	4	4
Austrália	20	18	11	8	5	5
Áustria	37	25	14	8	5	3
Bélgica	30	20	12	9	5	4
Canadá	28	19	10	7	5	6
Dinamarca	21	14	8	7	5	4
Espanha	38	20	12	8	4	4
E.U.A.	26	20	12	9	7	7
Finlândia	22	13	7	6	4	3
França	24	15	10	7	4	3
Grécia	38	28	18	9	6	3
Holanda	16	13	9	7	5	4
Hungria	48	36	22	15	8	5
Islândia	17	13	7	6	3	2
Irlanda	31	19	12	8	6	3
Itália	44	30	14	9	5	3
Japão	30	13	7	5	3	3
Luxemburgo	-	19	11	8	4	2
México	95	79	55	36	22	15
Nova Zelândia	22	17	13	9	6	5
Noruega	19	13	8	7	4	3
Polónia	58	31	21	15	8	6
Portugal	81	54	23	11	5	3
Reino Unido	23	18	12	8	6	5
República Checa	-	-	-	10	4	3
República Eslovaca	-	-	-	13	8	7
Suécia	16	11	7	6	3	2
Suíça	22	15	8	7	5	4
Turquia	162	150	105	69	36	20

Fonte: http://www.childinfo.org/mortality_imrcountrydata.php

Apesar das taxas de mortalidade infantil terem sofrido uma descida ao longo da segunda metade do século XX, tal não significa que existam mais crianças no mundo

³ Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 1 ano por 1000 (10³) nados vivos)

ocidental. Pelo contrário, a queda da taxa de natalidade que ocorre sobretudo na década de 70, em todos os países industrializados, tem como corolário a diminuição do número de nascimentos.

Como se pode observar no Quadro 2, em 1960 a taxa de fertilidade mais baixa acontece no Japão (2,0), apresentando a maioria dos países da OCDE valores acima dos 2,5. Tal contrasta com a realidade do início do século XXI em que apenas quatro países (E.U.A., Islândia, Turquia e México) apresentam uma taxa de fertilidade superior a 2.

Actualmente, verifica-se ainda uma maior aproximação de valores nos diferentes países da OCDE, ao contrário do que acontece nos anos 60, em que a divergência é muito maior. Tal significa que a baixa das taxas de fertilidade, que acontece na maioria dos países ocidentais a partir dos anos 70, é um fenómeno transnacional, resultado de movimentos sociais que não possuem um carácter local, mais sim ocidental, dado que, como refere Segalen (1999a) “afectam de um modo quase simultâneo países com culturas, tradições, religiões e regimes políticos diferentes” (p. 24). Como afirma Judt (2006) “no espaço de alguns anos após as reformas dos anos 70, *nenhum* país ocidental com a excepção da Irlanda tinha uma taxa de natalidade suficiente para substituir a geração anterior” (pp. 556-557).

Gostaríamos ainda de acrescentar que o facto da diferença entre 1990 e 2000 ser na maioria dos países, por comparação com os períodos anteriores, mais baixa, pode indicar uma estabilização das taxas de fertilidade, fruto de políticas específicas para o efeito. Tal facto vai ao encontro da ideia de que ser mãe continua a fazer parte do projecto de vida da maioria das mulheres, assistindo-se não a uma recusa da maternidade, mas sim a uma redução no número de filhos por mulher (Billari, 2005; Segalen, 1999b).

Quadro 2

Evolução da Taxa de Fertilidade⁴ nos Países da OCDE: 1960-2000

	1960	1970	1970-	1980	1980-	1990	1990-	2000	2000-
			1960		1970		1980		1990
Alemanha	2,37	2,03	-0,34	1,56	-0,47	1,45	-0,11	1,38	-0,08
Austrália	3,45	2,86	-0,59	1,89	-0,97	1,90	0,01	1,76	-0,15
Áustria	2,69	2,29	-0,40	1,65	-0,64	1,46	-0,19	1,36	-0,09
Bélgica	2,56	2,25	-0,31	1,68	-0,57	1,62	-0,06	1,66	0,04
Canadá	3,90	2,33	-1,56	1,68	-0,65	1,71	0,03	1,49	-0,22
Dinamarca	2,54	1,95	-0,59	1,55	-0,40	1,67	0,12	1,77	0,10
Espanha	2,86	2,90	0,04	2,22	-0,69	1,36	-0,85	1,23	-0,13
E.U.A	3,65	2,48	-1,17	1,84	-0,64	2,08	0,24	2,06	-0,02
Finlândia	2,71	1,83	-0,89	1,63	-0,19	1,79	0,15	1,73	-0,06
França	2,74	2,48	-0,26	1,95	-0,54	1,78	-0,17	1,87	0,10
Grécia	2,28	2,39	0,11	2,21	-0,18	1,39	-0,82	1,27	-0,12
Holanda	3,12	2,57	-0,55	1,60	-0,97	1,62	0,01	1,72	0,11
Hungria	2,02	1,97	-0,05	1,92	-0,05	1,84	-0,08	1,33	-0,51
Islândia	4,27	2,81	-1,46	2,48	-0,33	2,31	-0,17	2,08	-0,23
Irlanda	3,76	3,87	0,11	3,23	-0,64	2,12	-1,11	1,90	-0,22
Itália	2,41	2,43	0,02	1,68	-0,74	1,36	-0,33	1,26	-0,10
Japão	2,00	2,13	0,13	1,75	-0,38	1,54	-0,21	1,36	-0,18
Luxemburgo	2,28	1,98	-0,30	1,50	-0,48	1,62	0,12	1,78	0,16
México	7,25	6,77	-0,48	4,97	-1,80	3,44	-1,53	2,70	-0,74
Nova Zelândia	4,24	3,17	-1,07	2,03	-1,14	2,18	0,15	1,98	-0,20
Noruega	2,91	2,50	-0,41	1,72	-0,78	1,93	0,21	1,85	-0,08
Polónia	2,98	2,20	-0,78	2,28	0,08	1,99	-0,29	1,37	-0,62
Portugal	3,10	2,83	-0,27	2,18	-0,65	1,56	-0,62	1,56	0,00
Reino Unido	2,72	2,43	-0,29	1,90	-0,53	1,83	-0,07	1,64	-0,19
República Checa	2,11	1,91	-0,20	2,10	0,18	1,89	-0,20	1,14	-0,75
República Eslovaca	3,07	2,40	-0,67	2,31	-0,09	2,09	-0,22	1,29	-0,79
Suécia	2,20	1,94	-0,26	1,68	-0,26	2,14	0,46	1,55	-0,59
Suíça	2,44	2,10	-0,34	1,55	-0,55	1,59	0,04	1,50	-0,10
Turquia	6,40	5,00	-1,40	4,63	-0,38	3,07	-1,56	2,27	-0,80

Fonte: OCDE (2009) Nota. Os números a negrito correspondem ao valor em que a diferença das taxas de fertilidade é mais elevada para cada país.

4 Número de nados vivos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao efectivo médio de mulheres em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos) desse período (habitualmente expressa em número de nados vivos por 1000 (10³) mulheres em idade fértil).

Segundo Vincent (1991) a diminuição da dimensão das famílias também poderá estar relacionada com o desejo de proporcionar uma vida melhor aos filhos, o que será mais facilmente assegurado se o número for mais reduzido. Este facto está intimamente associado ao prolongamento dos percursos escolares e na visão da escolarização como um veículo de mobilidade social. Como referem Almeida, Vilar, André e Lalanda (2004, p. 27), “quando os modos de reprodução e transmissão passam hoje pelo capital escolar, a aposta na escolarização dos filhos é um instrumento decisivo nos projectos de mobilidade social da família. E um poderoso incentivo ao planeamento e controlo da fecundidade”.

Podemos, então, situar na 2ª crise da modernidade, que marca a transição da *modernidade organizada* para a *modernidade liberal alargada*, a entrada das mulheres na esfera pública, visível na sua entrada massiva no mercado de trabalho, designadamente das mães da classe média, a quem anteriormente era atribuído um papel expressivo, enquanto donas de casa e prestadoras de cuidados e de educação das crianças.

O modelo dominante de família nos anos 50 e 60, assente na atribuição da *função instrumental*, de garantir o seu sustento, ao homem, e a *função expressiva* à mulher é, assim, substituída pela família de dupla carreira, em que ambos exercem uma profissão. Contudo, a entrada da mulher no mercado de trabalho não é acompanhada, como anteriormente mencionado, de uma transformação do seu papel na esfera doméstica.

Referido o impacto das diferentes fases da modernidade nas formas de vida no mundo ocidental, designadamente no que diz respeito à transformação do papel da mulher na sociedade, passaremos no ponto que se segue à análise das transformações ocorridas em Portugal na segunda metade do século XX, período a que se refere o nosso estudo.

I.1.3. A modernidade em Portugal

Portugal é considerado um país de *modernidade inacabada*, no sentido em que apesar das profundas transformações ocorridas nas últimas décadas, e que nos colocam relativamente a alguns indicadores a par com os restantes países do mundo ocidental, ainda persistem traços que nos distanciam desses mesmos países, entre os quais se destacam o baixo nível de qualificações da população portuguesa e a persistências de fortes mecanismos exclusão social (Machado & Costa, 1998).

No que se refere às transformações que nos colocam, como afirmam Machado e Costa (1998, p. 17) “no padrão europeu da modernidade avançada”, destacam-se as alterações demográficas – taxas de natalidade, de fecundidade e do envelhecimento – assim como o crescimento das classes médias urbanas e a entrada massiva das mulheres no mundo do trabalho.

Estas alterações são resultantes de um processo que tem início nos anos 60 do século XX e cuja consequência é a profunda transformação da nossa sociedade (Barreto, 1996; Machado e Costa, 1998). Porém, antes de passarmos à análise desse processo, daremos conta de algumas transformações ocorridas no período pós-II Guerra Mundial, recorrendo sempre que nos parecer pertinente a referências a décadas anteriores.

I.1.3.1. O período pós-II Guerra Mundial: 1945 a 1960

As transformações ocorridas na Europa na década de 50 não tiveram, segundo Judt (2006), reflexo na realidade portuguesa. De facto, como afirma Pereira (2009), Portugal conserva, até aos anos 60, “os traços de um sociedade predominantemente rural” (p. 473), sendo governado sob a célebre trilogia “Deus, Pátria, Família”.

O modelo de família difundido é semelhante ao resto do mundo ocidental, sendo atribuído ao homem a função de zelar pelo sustento da família e à mulher a de mãe e

dona de casa. Como refere Martins (1999) para a maioria das mulheres, designadamente aquelas que são casadas, o Estado reserva-lhes o lar.

Este modelo é promovido através de um conjunto de dispositivos e organizações, próprios de uma fase de *modernidade organizada*, no sentido em que “procuram a modelação cognitiva ou comportamental” (Candeias, 2005, p. 480), ou seja, a modificação dos comportamentos e a consequente adesão das mulheres ao papel de esposa e dona de casa, através da sua transformação numa realidade *quasi* natural.

Uma das estratégias utilizadas na difusão deste modelo é a educação das mulheres. Como explica Nóvoa (1992) o Estado Novo compreende bem as potencialidades da educação como mecanismo privilegiado de socialização, não só ao nível da constituição da escola como um meio de inculcação ideológica, mas utilizando-a para além deste contexto, através do reforço dos dispositivos de controlo das famílias que procuram sobretudo regular os comportamentos das mulheres e, através destas, alcançar os restantes membros do agregado familiar.

A preocupação com a educação das mulheres relaciona-se não só com a inculcação de uma determinada *ética familiar*, mas também com a percepção de que constitui a forma mais eficaz de resolver os principais problemas que atingem as crianças, designadamente a questão da mortalidade infantil, que em 1930 ainda se encontra “quase ao nível da Inglaterra e País de Gales ao virar do século XIX – 143,6 por mil” (Miranda, 1992, p. 266).

A intervenção a favor da infância, que tem como principal alvo as mães, uma vez que são elas as principais responsáveis por garantir a saúde das crianças, ganha uma maior expressão a partir de 1920-1930, momento a partir do qual, segundo M. M. Ferreira (2000, p. 89), se assiste “a uma progressiva divulgação e difusão mais alargada do saber médico que, num movimento de denúncia e pressão social, procura articular as problemáticas da saúde com as educação para os cuidados físicos, higiénico-sanitários, etc.”.

Este movimento insere-se no que Ferreira (1990) designa de *Primeira Era da Saúde Pública*, caracterizada pela predominância de quatro tipos de problemas: doenças infecciosas e parasitárias, carências alimentares, diarreias infantis e doenças

profissionais. Desta listagem se pode perceber, designadamente se excluirmos a questão das doenças profissionais, que estes problemas atingem particularmente a infância, como aliás o próprio autor afirma: “Os grupos populacionais mais atingidos nesta fase da evolução da Saúde Pública situavam-se na primeira metade da vida – recém-nascidos, crianças pequenas, mulheres grávidas e lactantes” (p. 301).

Face a tal situação, não é de surpreender que surja a reivindicação por parte das elites, designadamente dos médicos, aqueles que contactam diariamente com estas realidades, de uma maior intervenção do Estado no domínio da assistência social e de protecção à infância (M. M. Ferreira, 2000). Como refere Pimentel (1999) a “luta pela qualidade da população portuguesa prendeu-se sobretudo com a preocupação em diminuir a morbilidade e mortalidades infantis, cujos altos valores representavam, por si só, sintomas de todas as exclusões que se praticavam no regime salazarista” (p. 491).

É neste contexto que surgem organizações estatais como a *Defesa da Família*, criada em 1935, definida por Pimentel (2001, p. 67) como uma “organização estatal de assistência sanitária, social e moral às famílias”, funcionando sobretudo como um instrumento de propaganda da *ética familiar* dominante. Segundo Carneiro (2008) na prática a sua função reside na organização das *Jornadas das Mães de Família*, cujo principal objectivo é a difusão de um conjunto de preceitos científicos acerca da criação e educação das crianças.

As *Jornadas das Mães de Família*, como é descrito numa *Separata da Imprensa Médica* em 1942, ano em que se inicia a sua realização, consistem numa série de palestras acerca dos seguintes temas: *Sugestões sobre a gravidez e consultas pré-natais; A Maternidade honra e glorifica a mulher; Por via de regra os filhos podem e devem nascer no próprio lar; A mãe deve aleitar o seu filho; Limpeza e não riqueza; Da educação dos meninos pequeninos* (Anónimo, 1942). Ou seja, os seus principais objectivos são promover a defesa da vigilância médica durante a gravidez, do parto ao domicílio, do aleitamento materno, assim como prestar aconselhamento relativo aos cuidados de higiene e à educação das crianças.

Estas conferências deveriam ser realizadas com a intervenção de crianças, “atractivo seguro de assistência de mães, mulheres e pessoas de família” que, durante a

mesma, deviam recitar um conjunto de quadras “que, de vez em quando, sublinham os conceitos expendidos” (Anónimo, 1942, p. 9), como aquela que a, título de exemplo, a seguiu se reproduz: “Quando mama/ Se tem fome /Bebe leite .../ ... E nada come” (p. 11).

No ano seguinte, em 1936, é criada a *Obra das Mães pela Educação Nacional*, com a finalidade, entre outras, de “Orientar as mães portuguesas, por uma activa difusão das noções fundamentais de higiene e puericultura, para bem criarem os filhos, em colaboração com a organização denominada Defesa da Família”⁵. Como afirma Pimentel (1999, p. 495) “depois da reforma da escola 'oficina dos pais de amanhã', tornara-se necessário 'corrigir e suprir as deficiências nos de hoje’”, objectivo principal desta organização.

Com preocupações assistenciais, mas sobretudo com um carácter doutrinário, “incutindo nas famílias os valores do Estado Novo, reforçando o trabalho doméstico das mulheres e a sua função reprodutora” (Martins, 1999, p. 350), a *Obra das Mães pela Educação Nacional* é o exemplo de uma instituição própria da *modernidade organizada*, no sentido em que procura integrar na nova ordem social todos os elementos da sociedade, utilizando para tal fim a família. Como é explicado num documento produzido pela própria organização: “A preocupação do Estado Novo em renovar a mentalidade portuguesa, não podia atingir somente uma parte dos portugueses. A renovação deve ser profunda, indo até à raiz da sociedade; e qual é a melhor raiz senão a família?” (Obra das Mães pela Educação Nacional, 1938, p. 3).

Assim, são criados os centros sociais e educativos, que se transformam, nos finais da década de 40, “em centros operários, urbanos e rurais 'de educação familiar’” (Pimentel, 1999, p. 497), em que se procura transmitir conhecimentos na área da puericultura pré-natal, nos cuidados ao recém-nascido e ao lactente, assim como na prevenção das doenças infecto-contagiosas, uma das principais causas de morte entre as crianças (Obra das Mães pela Educação Nacional, 1955). Contudo, como refere Pimentel (1999), estes cursos abrangeram apenas uma reduzida percentagem das mulheres portuguesas, incidindo sobretudo sobre aquelas que viviam em meio rural. Tal facto leva a autora a concluir que os objectivos iniciais da Obra das Mães pela Educação Nacional nunca foram verdadeiramente atingidos:

5 Decreto-Lei nº 26.893 de 15 de Agosto de 1936, Art. 2º, ponto 1º

Dos objectivos iniciais da OMEN, nenhum foi conseguido, sobretudo o que aspirava à regeneração da nação através da reeducação das mulheres. Em vez de transformar as mentalidades destas, a organização limitou-se a atingir algumas delas em escassos cursos domésticos, em sessões de propaganda e em iniciativas de caridade. (Pimentel, 1999, p. 497)

Para além da componente educativa, existe ainda a preocupação, por parte do Estado, de assegurar a assistência social à maternidade e à infância, tal como vinha sendo reivindicado pelos peritos, o que se traduz na criação, em 1943, do *Instituto Maternal*, através do Decreto-Lei nº 32:651, de 2 de Fevereiro, com competências na efectivação e coordenação da “assistência médico-social à maternidade e à primeira infância”⁶.

Em 1945, a *Defesa da Família* é integrada no *Instituto de Assistência à Família*, cujo principal objectivo é favorecer a família “na sua constituição e promover a melhoria das suas condições morais, económicas e sanitárias”⁷. Mais concretamente, e no que diz respeito à protecção à maternidade e à infância, este Instituto tem como funções:

Art. 3º Fomentar a criação de estabelecimentos e serviços de assistência infantil, designadamente de centros de assistência rural e postos de consulta;

Art. 7º Exercer acção educativa junto da família, favorecendo a sua regular constituição e o seu aperfeiçoamento moral;

Art. 14º Difundir as noções de higiene da gravidez e de profilaxia interventiva contra os elementos mórbidos que possam pôr em risco a vida ou a resistência orgânica dos nacturnos;

Art. 15º Divulgar as noções fundamentais de higiene e de puericultura e instituir socorros pessoais para reduzir a mortalidade infantil;

Art. 16º Organizar as Jornadas das Mães de Família⁸

6 Decreto-Lei nº 32:651, de 2 de Fevereiro de 1943, Art. 1º, 1ª

7 Decreto-Lei nº 35.108, de 7 de Novembro de 1945, Art. 122º

8 Decreto-Lei nº 35.108, de 7 de Novembro de 1945, Art. 122º

Podemos então afirmar que nos anos 30 e 40 são criados um conjunto de dispositivos que têm como principal objectivo proteger a saúde das crianças, quer de uma forma directa, através da assistência médica, quer de uma forma indirecta, através da educação das mães, da sua integração numa nova racionalidade, ou mais concretamente, nos princípios modernos de criação e educação das crianças, transformando assim uma tarefa intuitiva e realizada de acordo com a tradição, num empreendimento científico para o qual as mães têm que ser devidamente preparadas. Como afirma Monteiro (1999) assiste-se, assim, à progressiva medicalização da infância e, conseqüentemente, da maternidade, a que não será também alheio o aumento do número de médicos e de outro pessoal de saúde (Ferreira, 1990), a partir da década de 30, assim como o aumento de número de hospitais.

A difusão das normas modernas de criação e educação das crianças é, como anteriormente referido, acompanhada pelo reforço da ideologia da domesticidade, ou seja, da consideração de que o lugar *natural* das mulheres é em casa, a tomar conta do lar e dos filhos. Gostaríamos aqui de realçar que esta ideologia não atinge todas as mulheres, mas somente aquelas que são casadas, sendo acompanhada, tal como no resto do mundo ocidental, pela valorização do seu papel enquanto esposas e mães. Como afirma Salazar:

À mulher solteira que vive sem família, ou tendo de sustentar a família, acho que devem ser dadas todas as facilidades legais para prover ao seu sustento e ao sustento dos seus.

Mas a mulher casada, como o homem casado, é uma coluna da família, base indispensável duma obra de reconstrução moral.

Dentro do lar, claro está, a mulher não é uma escrava.

Deve ser acarinhada, amada e respeitada porque a sua função de mãe, de educadora dos seus filhos, não é inferior à do homem. (Obra das Mães pela Educação Nacional, 1938, pp. 4-5)

Esta difusão da ideia de que as mulheres casadas têm como principal função assegurar a criação e educação dos seus filhos, é acompanhada pela crescente dificuldade, por parte do Estado, do seu acesso ao trabalho, designadamente no que diz

respeito às mulheres operárias cuja necessidade de retorno ao lar foi um dos “temas recorrentes de propaganda e de debate no seio do Estado Novo e das organizações femininas estatais” (Pimentel, 2001, p. 25).

Estas políticas tiveram algum impacto já que a taxa de actividade feminina, estável entre 1940 e 1950, sofreu uma ligeira descida (4%) na década de 50 (Figura 1).

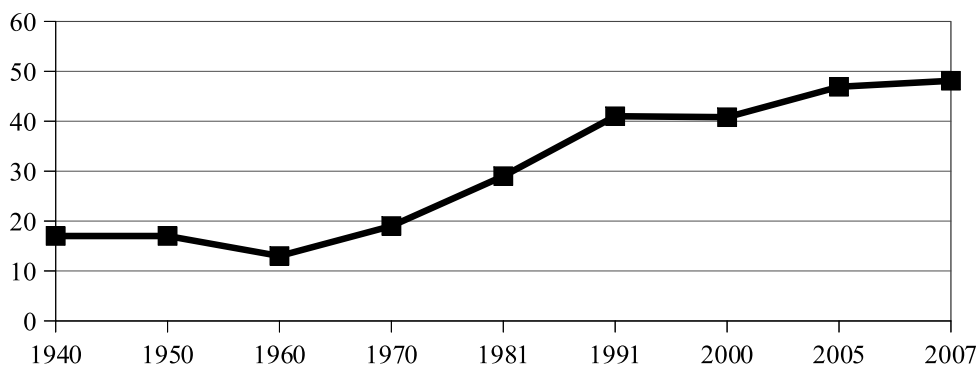


Figura 1. Evolução da Taxa de Actividade Feminina: 1940-2007. (Fontes: Valério, 2001; Instituto Nacional de Estatística, 2008)

Contudo, apesar dos obstáculos colocados ao trabalho feminino, as mulheres iniciam a sua entrada no mundo do trabalho nos anos 60, sendo nas décadas de 70 e 80 que a taxa de actividade feminina sofre o maior aumento (Figura 1). Ou seja, é neste período que se realiza, para as mulheres portuguesas, o pleno acesso à esfera pública e, consequentemente, a entrada na *modernidade liberal alargada*.

1.1.3.2. As transformações: Dos anos 60 ao início do século XXI

O ano de 1960 marca um momento de ruptura na vida do Estado Novo, “o termo do período de estabilidade dos anos 50” (Rosas, 1992, p. 7). Nesta década iniciam-se uma série de transformações que estão na origem da configuração social, política e cultural do Portugal dos nossos dias. Embora a revolução de 25 de Abril marque um

ponto de viragem na nossa história, introduzindo a democratização da vida política, muitas das transformações que decorreram ao longo das últimas três décadas, resultaram, de acordo com Barreto (1996), de “um aprofundamento, um alargamento, ou uma expansão do que se vinha manifestando ou processando” (p. 38) desde o início da década de 60.

Passaremos a apresentar algumas dessas transformações, designadamente aquelas mais directamente relacionadas com o tema do nosso estudo, ou seja, as que dizem respeito, directa ou indirectamente, à vida das mulheres e das crianças.

Uma das mudanças que mais afectou, tal como no resto do mundo ocidental, a vida das mães e das crianças, foi a entrada massiva das mulheres no mundo do trabalho. Tal como referido anteriormente, os anos 70 e 80 caracterizam-se pela rápido aumento da taxa de actividade feminina, que regista um variação de 22 pontos percentuais. Em 2007 essa taxa situa-se nos 48,1%, sendo de realçar que é entre as mulheres em idade fértil que apresenta os valores mais elevados, designadamente nos grupos com idades compreendidas entre os 25 e os 34 (86,9%) e os 35 e os 44 anos (85,7%) (Figura 2). Podemos assim afirmar que a maioria das crianças portuguesas que vive com o pai e a mãe, cresce hoje numa família onde ambos os progenitores trabalham.

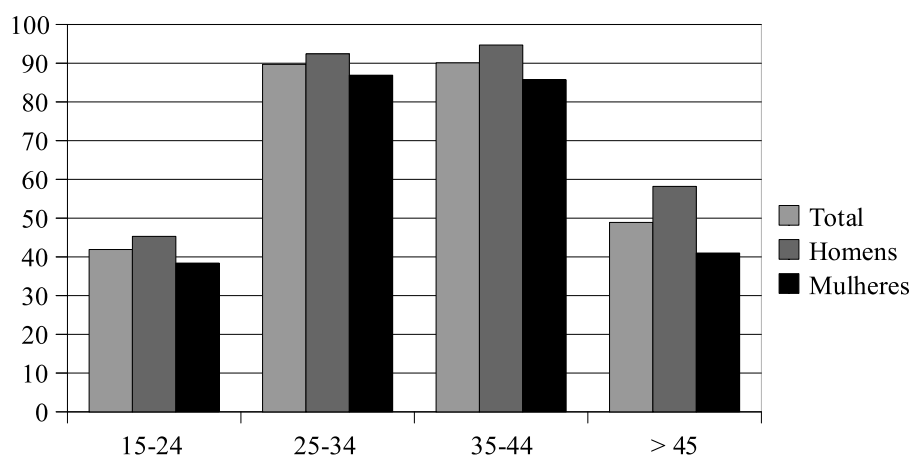


Figura 2. Taxa de Actividade segundo o Grupo Etário e o Sexo: 2007. (Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2008)

A feminização do mercado de trabalho está relacionada, entre outros factores, com a progressiva escolarização da mulher, visível no aumento das taxas de alfabetização feminina. Como se pode observar na Figura 3, a percentagem de mulheres alfabetizadas na sociedade portuguesa, tal como no que se refere aos homens, tem vindo a aumentar desde os anos 40, assistindo-se, simultaneamente, ao esbatimento das diferenças entre os dois sexos.

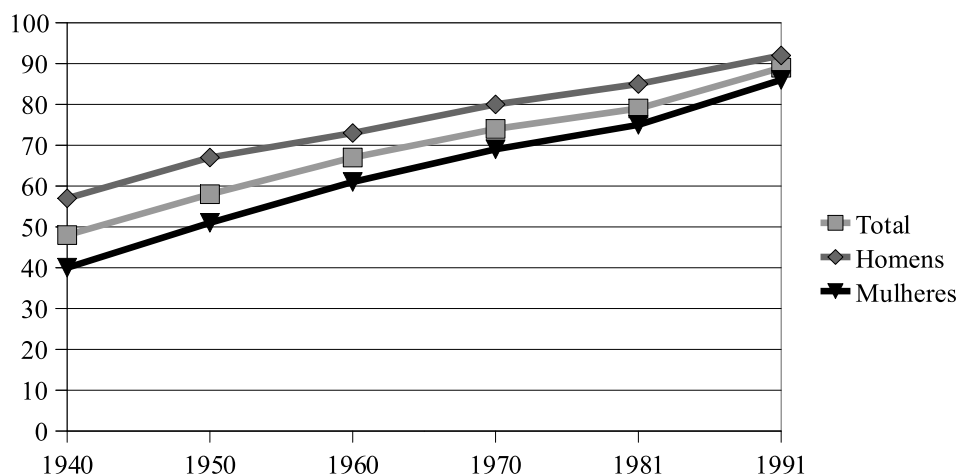


Figura 3. População Alfabetada com Idade Igual ou Superior a 10 anos: 1940-1991. (Fonte: Candeias, 2004).

A crescente escolarização das mulheres ou a sua entrada massiva no mundo do trabalho não são, contudo, sinónimos de emancipação feminina ou de existência de uma sociedade mais equitativa no que diz respeito às relações entre homens e mulheres, embora constituam, decerto, elementos facilitadores desse processo. Como afirmam Machado e Costa (1998), referindo-se à feminização do trabalho, este processo pode não corresponder, ou não ser totalmente explicado, por “uma dinâmica moderna de autonomia e emancipação femininas e de paridade entre os sexos no que respeito ao estatuto e aos papéis sociais” (pp. 30-31), sendo muitas vezes motivado, sobretudo entre as mulheres menos escolarizadas, pela necessidade de aumentar o rendimento familiar. Este facto é confirmado pelo estudo realizado por Nuncio (2008) em que a maioria das participantes (54%) afirma que a principal razão para trabalhar tem a ver com motivos económicos, sendo que somente 33,9% declarou que o faz por *gosto e realização pessoal*. Contudo, como afirmam Machado e Costa (1998), este é um fenómeno mais importante pelo impacto social que provoca, do que propriamente pelas suas causas.

Uma das consequências da entrada da mulher no mercado de trabalho, assim como da sua progressiva escolarização, é a diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade. Como refere Valério (2001, p. 91), “no contexto da natalidade, é de notar que em Portugal há aproximadamente 25 anos que o índice sintético de fecundidade (ISF) – número médio de crianças nascidas vivas por mulher – não atinge o valor mínimo de 2,1 para a substituição das gerações”.

De facto, se analisarmos a evolução da taxa bruta de natalidade⁹ no nosso país, no período compreendido entre 1940 e 2007 (Figura 4), verificamos que esta sofreu, a partir dos anos 60, uma acentuada descida, tendo reduzido, entre 1940 e 2007, para menos de metade.

Atribuída, muitas vezes, à introdução de métodos contraceptivos de alta eficácia, como a pílula anticoncepcional ou o dispositivo intra-uterino, é de salientar que esta descida, tal como em vários outros países europeus, precede a sua difusão, que ocorre entre 1984 e 1998 (Almeida et al., 2004). Tal poderá indicar que, embora este acontecimento desempenhe um papel importante, não é o único limitador da fecundidade feminina.

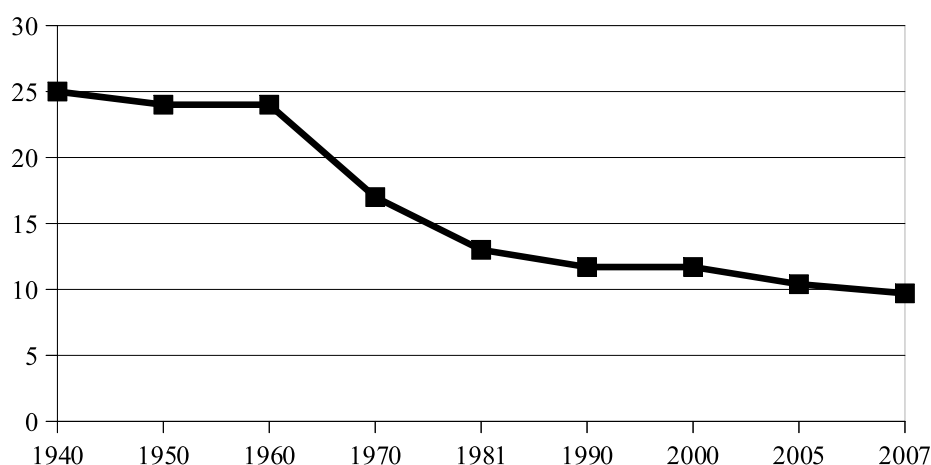


Figura 4. Evolução da Taxa Bruta de Natalidade: 1940-2007. (Fontes: Valério, 2001; Instituto Nacional de Estatística, 2008).

⁹ Número de nados vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados vivos por 1000 (10^3) habitantes).

A redução da taxa de natalidade também pode ser explicada pelo aumento do nível educativo das mulheres (em 2004, 65,8% dos diplomados portugueses pertenciam ao sexo feminino). Segundo Oliveira (2008, p. 49) os efeitos do aumento dos anos de escolaridade fazem-se sentir de diversas maneiras:

o prolongamento dos estudos é incompatível com a formação de uma nova família; permite um melhor posicionamento no mercado de trabalho, contribuindo, assim, para maiores custos de oportunidade associados à decisão de ter um filho; por outro lado, favorece a orientação para valores e estilos de vida diferentes.

A participação crescente das mulheres no mercado de trabalho que, como anteriormente referido, atingiu em 2007 valores superiores a 80% no grupo das mulheres em idade fértil, a persistência da divisão de papéis sexuais na esfera doméstica, a escassez de instituições de educação de infância, designadamente no que diz respeito à faixa etária dos 0-3 anos (Wall, 2005), associada ao facto de a maioria destas mulheres trabalharem a tempo inteiro (Lippe & Dijk, 2002), são factores que poderão também contribuir para a diminuição da taxa de natalidade, designadamente do número de crianças por família.

Gostaríamos ainda de salientar que, como afirmam Machado e Costa (1998, p. 22), este declínio faz parte de uma evolução demográfica mais vasta “que compreende ainda a forte diminuição da taxa de crescimento natural da população, a queda da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida à nascença”, que se altera de 60,7 anos para os homens e de 66,4 para as mulheres, em 1960, para 75,7 e 81,7 anos, respectivamente, em 2000, e cujo resultado é a desfiguração da pirâmide de idades em Portugal.

Como se pode observar na Figura 5, verifica-se desde 1970 uma diminuição da percentagem de indivíduos com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, acompanhada pelo aumento daqueles que têm mais de 65 anos. Portugal é assim hoje, tal como a maioria dos países europeus, um país envelhecido, onde as crianças se tornam um grupo cada vez mais reduzido da população.

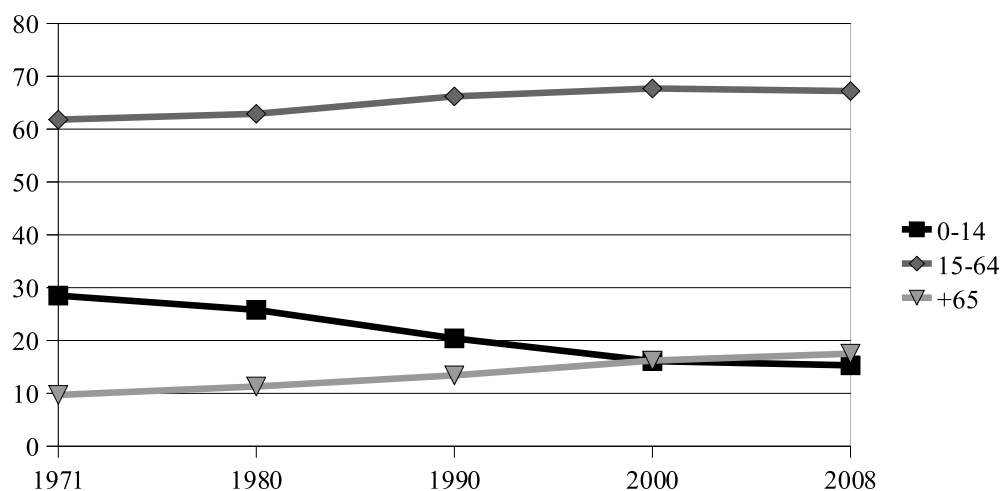


Figura 5. Percentagem de População Residente em Portugal por Grandes Grupos Etários: 1971-2008. (Fonte: PORDATA).

Contudo, apesar de existirem menos crianças na sociedade portuguesa actual, as que a compõem possuem, de uma forma geral, melhores condições de vida do que aquelas que povoavam o nosso país no período pós II-Guerra Mundial. Para além do aumento dos níveis de escolarização, com o prolongamento da escolaridade obrigatória, verificam-se também melhorias no que diz respeito à saúde, como é demonstrado pela diminuição das taxas de mortalidade infantil, motivo de preocupação, como referimos, das elites das décadas e 30 e 40. Como se pode observar na Figura 6, a descida iniciada no início dos anos 60 prolonga-se até 2000, período em que se assiste à sua estabilização, assumindo valores considerados residuais.

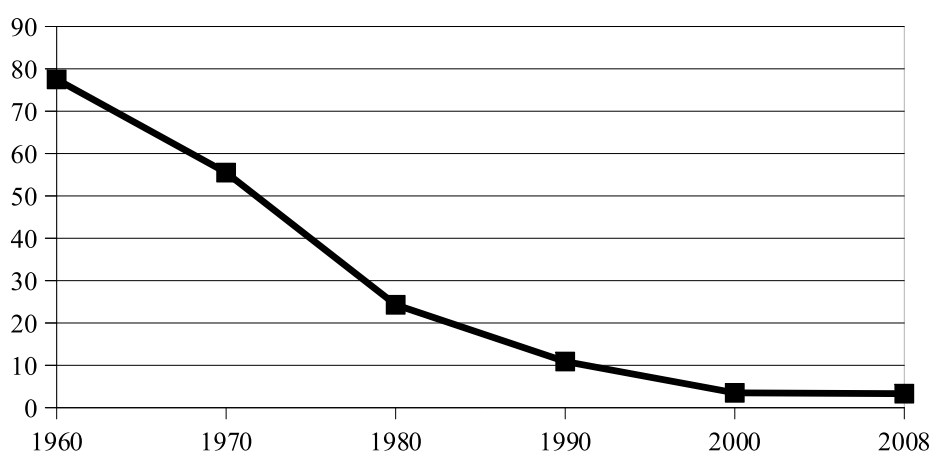


Figura 6. Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (%): 1960-2008. (Fonte: PORDATA)

Para tal terá contribuído, sobretudo no que diz respeito ao período posterior a 1960, a generalização da vacinação obrigatória, com a introdução em 1965 do Plano Nacional de Vacinação, as campanhas de luta contra a tuberculose, assim, como a assistência materno-infantil, designadamente no que diz respeito à gravidez e ao parto (Barreto, 1996).

Relativamente ao parto assiste-se, ao longo das últimas três décadas do século XX, à sua medicalização, no sentido em que o parto domiciliário é substituído, para a quase totalidade das mulheres pelo parto hospitalar (Figura 7), a que não será alheia a universalização do acesso aos serviços de saúde, especialmente se tivermos em conta que o aumento da percentagem de partos realizados num estabelecimento de saúde ocorre na década de 70 (36,3%), período em que se assiste, em Portugal, à criação do Sistema Nacional de Saúde.

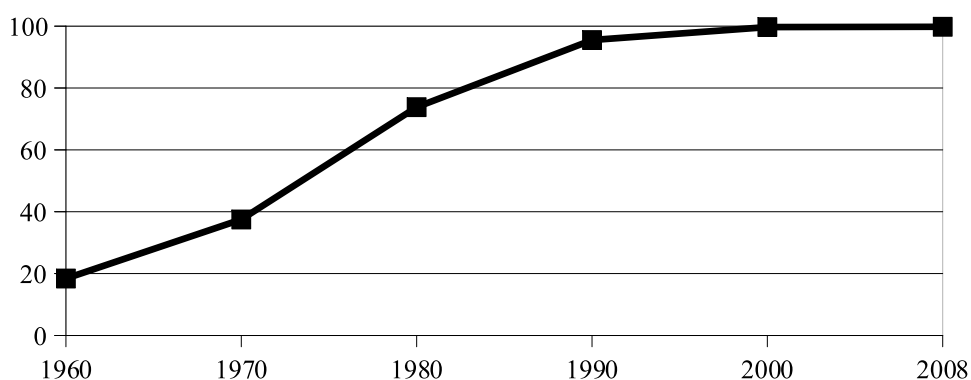


Figura 7. Percentagem de Partos Realizados em Contexto Hospitalar: 1960-2008. (Fonte: PORDATA)

Mais concretamente, a universalização dos cuidados de saúde em Portugal inicia-se com a reorganização do Ministério da Saúde e da Assistência¹⁰, momento em que se reconhece pela primeira vez o direito ao acesso à saúde a todos os cidadãos. Um dos objectivos desta reorganização é, precisamente, “assegurar a toda a população um nível aceitável de cuidados médicos e de apoio social”¹¹.

Neste contexto é criada a Direcção de Serviços de Saúde Materno Infantil, que viria a substituir o Instituto Maternal. De entre as suas diversas competências/objectivos

10 Decreto-Lei n.º413/71, de 27 de Setembro

11 *Ibid.*

são de realçar o papel na prevenção da mortalidade infantil, que passa, entre outras medidas, pela educação das mães e pela promoção do aleitamento materno, como se pode ver no excerto do Decreto-Lei que a seguir se transcreve:

- a) Promover, orientar e fiscalizar a acção educativa, profiláctica e terapêutica destinada a combater a morbidade e a mortalidade infantis, coordenando todos os meios existentes;
- b) Exercer a mesma acção idêntica relativamente às actividades de assistência médico-social a maternidade e à infância; (...)
- c) Difundir os princípios de higiene maternal e infantil, para a defesa da saúde física e oral das crianças e das mães, e efectuar campanhas em prol do aleitamento materno.¹²

É ainda no contexto desta reorganização que são criados os Centros de Saúde, distritais e concelhios, sendo ainda prevista a criação de postos de saúde “correspondentes à área da freguesia ou de grupos de freguesias na dependência dos respectivos centros concelhios”¹³, aos quais são atribuídas competências na área da higiene materno-infantil.

A universalização do acesso aos cuidados de saúde é consolidada pela criação do Sistema Nacional de Saúde, regulamentado juridicamente em 1979¹⁴, em que se prevê a sua generalização, universalização e gratuidade. Esta transformação teve, segundo Baganha, Pires e Ribeiro (2002), resultados muito positivos na redução dos valores relativos quer à mortalidade infantil, quer à mortalidade perinatal.

Apesar da melhoria das condições de vida das crianças e da transformação do parto num acontecimento seguro, o número de crianças na sociedade portuguesa não tem cessado de diminuir, como comprovam as taxas de natalidade, anteriormente referidas. Esta redução não se deve porém a uma recusa das mulheres em ter filhos, mas sim na diminuição do número de famílias numerosas, designadamente daquelas com três ou mais filhos (Cunha, 2007). De facto, se olharmos para o valor da dimensão

12 Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, Art.º 33, 6.º

13 Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, Art.º 55, 5.º

14 Decreto-Lei n.º 56/79, de 8 de Agosto

média da família, em Portugal, vemos que decresceu de 3,7 em 1960, para 2,8 em 2001.

Esta não foi porém a única transformação que se deu no que diz respeito à vida familiar. Segundo Wall (2005, pp. 45-46) assistiu-se, a partir dos anos 60, a um conjunto de alterações que modificaram não só o panorama demográfico, mas também a forma como os diferentes membros da família se relacionam entre si:

- Um “movimento de privatização da vida familiar e conjugal”, visível através de um conjunto de indicadores, tais como: a maior independência residencial dos jovens casais; a existência de um maior companheirismo, de uma maior igualdade entre homem e mulher e um maior centramento na “educação e na promoção da vida dos filhos”; a importância atribuída à função afectiva dos filhos, em detrimento da função instrumental; e, por último, “a passagem para normas de coesão onde predomina o desejo de fusionalidade conjugal”;

- Um movimento de individualismo, característicos dos meios mais favorecidos, que se traduzem num maior investimento profissional da mulher, práticas mais autónomas quer no que diz respeito à gestão do dinheiro, quer aos tempo de lazer; uma maior abertura ao exterior, assim como, num maior centramento no casal.

Apesar de todas estas transformações e da redução das taxas de natalidade, anteriormente referida, a maternidade continua a ser uma realidade para a maioria das mulheres portuguesas e um dos seus principais domínios de gratificação (Aboim, Cunha & Vasconcelos, 2005). Mais concretamente, a maternidade é entendida como “condição de realização plena das mulheres” (Almeida, 2003), um elemento central na construção da identidade feminina (Torres, 2002). De facto, 68% dos inquiridos em 1999 no Estudo Europeu dos Valores concordam ou concordam fortemente com a afirmação de que uma mulher precisa de ter filhos para se sentir realizada (Almeida, 2003).

Para além da maternidade ser considerada um elemento de satisfação e realização pessoal, a prestação de cuidados às crianças ainda é considerada uma tarefa essencialmente feminina. No estudo referido no parágrafo anterior cerca de dois terços (73%) dos inquiridos considera que uma criança pequena sofre se a mãe trabalha, o que implica a percepção de que esta tem um papel insubstituível e essencial na vida dos seus filhos.

Este dado é comprovado pelas práticas, designadamente no que diz respeito às crianças mais pequenas em que a maioria das tarefas é realizada pelas mães. No estudo *Famílias no Portugal Contemporâneo*, Wall e Guerreiro (2005) verificaram que nas famílias inquiridas 72,4% das tarefas relacionadas com a prestação de cuidados às crianças com menos de 1 ano são realizadas pela mãe, em oposição a 4% realizadas pelo pai e 21,5% pelo casal.

No que diz respeito às crianças mais velhas, estes valores alteram-se, sendo que 53,3% das tarefas são realizadas pela mãe, 10,3% pelo pai e 34% pelo casal. Porém, e apesar de estarmos perante uma distribuição mais igualitária, são ainda as mães que desempenham o maior número de tarefas e, conseqüentemente, podem ser consideradas as principais responsáveis pela criação e educação dos seus filhos.

Apesar do maior envolvimento e responsabilização da mãe, a maior participação do pai, embora ainda esteja restringida a um número reduzido de famílias, pode significar que algo está a mudar, possivelmente no caminho de uma *família neotradicional*, da *coparentalidade* (Vuori, 2009), no sentido em que ambos os pais se responsabilizam pela criação e educação das crianças.

Um dos domínios onde se assiste à emergência desta ideia de coparentalidade é no discurso político. De facto, se analisarmos a legislação produzida entre 1984 e 2009 relativa à protecção à maternidade e à paternidade, verificamos que ao pai têm sido concedidos cada vez mais direitos, designadamente no que diz respeito ao período pós-parto.

A licença de paternidade, regulamentada, após o 25 de Abril de 1974¹⁵ pela Lei n.º 4/84, apenas prevê que o pai possa gozar de uma licença de paternidade “a título excepcional, por incapacidade física e psíquica da mãe”¹⁶, situação que é alterada em 1995, em que se prevê que tal possa acontecer por “decisão conjunta dos pais”¹⁷. A última lei de protecção da paternidade e da maternidade, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 91/2009, vai ainda mais longe, no sentido em que, para além de prever a hipótese de ser o pai a usufruir do subsídio parental, concede mais 30 dias de licença,

15 Lei n.º 4/84, de 5 de Abril

16 Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, Art.º 9, 2.

17 Lei n.º 17/95, de 9 de Junho, Art.º 10, c)

remunerados na totalidade, no caso da licença ser partilhada pelos pais, o que pode ser interpretado como um incentivo ao modelo da coparentalidade (Vouri, 2009) ou como uma tentativa de construção da família democrática (Giddens, 2000).

Em suma, em Portugal, assim como no resto do mundo ocidental, assiste-se, na segunda metade do século XX, a uma profunda alteração do papel na mulher da sociedade. Enquanto nos anos 50 predomina a concepção da mulher dona de casa e mãe, parte integrante do modelo familiar dominante que atribui ao homem a função instrumental e à mulher a função expressiva, a entrada das mulheres no mundo do trabalho vem contribuir para a transformação deste modelo, que é substituído pela família de dupla carreira.

Mais concretamente, na maioria dos casais, homem e mulher exercem uma profissão fora de casa, existindo, contudo, ainda uma desigualdade no que diz respeito à divisão das tarefas na esfera doméstica. Se existem filhos, a mãe continua a ser percebida como a principal prestadora de cuidados, designadamente nas idades mais precoces, embora se verifique, nalgumas camadas sociais, uma maior partilha de responsabilidades no que diz respeito à gestão do quotidiano das crianças e a ideia de coparentalidade pareça ter invadido o discurso político.

Estas transformações que ocorreram, quer em Portugal quer no resto do mundo ocidental, vão reflectir-se no discurso dominante sobre a maternidade e na forma como as mulheres vivenciam essa realidade, aspectos que iremos abordar em seguida.

I.2. CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MATERNIDADE

O entendimento da maternidade como uma realidade socialmente construída implica o reconhecimento da existência, numa determinada sociedade e num determinado tempo histórico, de diferentes discursos sobre as concepções e as práticas de maternidade, ou seja, implica reconhecer que a maternidade não é uma categoria

homogénea nem um conceito estático. Como afirma Hays (1996) as concepções de maternidade, de infância, assim como das práticas educativas consideradas mais adequadas, não surgem de forma aleatória, nem têm a sua origem nas características biológicas das mulheres ou das crianças, ou seja, são socialmente construídas. Esta autora acrescenta ainda que a qualidade pretensamente natural da maternidade ou da infância é refutada quer pelas variações que ocorreram na forma como estas realidades foram entendidas e representadas ao longo do tempo, quer pelas variações que ocorrem num mesmo tempo histórico.

A existência de diferentes discursos sobre a maternidade, numa mesma época, tem sido evidenciada por diferentes autores, designadamente por aqueles que elegeram como objecto de estudo a experiência da maternidade (Apple, 2006; Bobel; 2002; Boulton, 1983; Elvin-Nowak & Thomsson, 2001; Hays, 1996; Johnston & Swanson, 2004, 2006; Litt, 2000; McMahon, 1995; Miller, 2005; Ribbens, 1994; Wallbank, 2001). Estes trabalhos permitiram verificar que apesar de a forma como as mulheres experienciam a maternidade não ser uniforme, existindo variações segundo a classe social, o nível educativo, a religião, a etnia ou o estatuto profissional, existe também um conjunto de semelhanças na forma como as mulheres que vivem num mesmo espaço e num mesmo tempo histórico percebem esta realidade e exercem a função maternal.

Tais semelhanças são consequência da incorporação, na sua prática quotidiana, de um conjunto de elementos que derivam do discurso dominante sobre a maternidade, ou seja, da definição socialmente aceite do que é uma *boa mãe*. Como afirmam Elvin-Nowak e Thomsson (2001) existe uma tendência para que de entre os diferentes discursos que coexistem sobre a maternidade, assim como sobre qualquer outra realidade, um deles se transforme na concepção dominante, adquirindo, assim, o estatuto de *verdade*. Os discursos dominantes transformam-se, então, no modelo de *boa mãe*, a partir do qual cada mulher concebe, vive e avalia a sua experiência individual (Elvin-Nowak & Thomsson, 2001; Hays, 1996; Johnston & Swanson, 2004, 2006; Litt, 2000; Monteiro, 2005; Woollett & Phoenix, 1994).

O discurso dominante sobre a maternidade, identificado com as práticas e a experiência das mulheres caucasianas de classe média, tem sido alvo de análise por diversos autores (Allen, 2005; Apple, 2006; Arnup, 1994; Badinter, s.d.; Brown, 2004;

Grant, 1998; Hardyment, 2008; Hays, 1996; Hulbert, 2004; Johnston & Swanson, 2003; Kaplan, 1992, Knibiehler, 1997, 2000; Marshall, 1994; Stearns, 2003; Thurer, 1995; Woollet & Phoenix, 1994). Estes trabalhos permitiram perceber como se foi construindo a concepção considerada dominante na actualidade, a *maternalização intensiva* (Hays, 1996), ou, mais concretamente, como foi evoluindo cada um dos elementos que integram esse discurso:

(1) A responsabilização das mães pela criação e educação dos seus filhos, que se começa a esboçar com a idealização da maternidade que se inicia no século XIX;

(2) A crença de que os comportamentos maternos devem ter por base o conhecimento científico, que emerge, como demonstra Apple (2006), na primeira metade do século XX;

(3) A intensificação do papel da mãe na educação dos filhos, que decorre ao longo da segunda metade do século XX.

I.2.1. Concepções de maternidade

A opção pelo início deste ponto fazendo referência ao século XIX e à valorização da maternidade deve-se ao facto de ser neste período que se inicia a construção da concepção de *maternalização intensiva*, no sentido em que é a partir desta altura que as mães são consideradas, ao nível dos discursos dominantes, como as principais responsáveis pela criação e educação dos seus filhos.

I.2.1.1. Idealização e valorização da maternidade

A concepção da função maternal como uma função especializada, para a qual as mulheres estão especialmente aptas, é uma invenção relativamente recente que pode ser

atribuída às transformações sociais decorrentes da Revolução Industrial (Allen, 2005; Apple, 2006; Arnup, 1994; Grant, 1998; Hays, 1996; Knibiehler, 2000; Ladd-Taylor & Umansky, 1998; Lewis, 1997; Thurer, 1995). A separação entre espaço de trabalho, domínio do sexo masculino, e espaço doméstico, domínio do sexo feminino, foi um dos factores que contribuiu para que a responsabilidade pela criação e educação das crianças fosse atribuída às mães.

As transformações que ocorrem, durante o mesmo período, na concepção dominante de infância, por influência, entre outros, de Locke e Rousseau, dão origem à percepção da criança como um ser moldável. Além disso, a importância concedida aos primeiros anos de vida para a formação do carácter, vai também contribuir para a valorização das crianças pequenas e, conseqüentemente, para a atribuição de responsabilidades educativas às mães (Lewis, 1997). Tal é visível, por exemplo, na publicação de manuais de puericultura, escritos por médicos ou filantropos, que, segundo Grant (1998), as mães da classe média, ou seja, aquelas que a eles tinham acesso, se apressam a consultar.

Podemos então afirmar que este período se caracteriza, não só por uma crescente valorização da infância, enquanto idade de vulnerabilidade e dependência, que necessita de ser protegida, mas também pela emergência de um modelo de maternidade que tem subjacente a ideia de que a mãe deve ser a principal responsável pela criação e educação nas crianças, ou seja, pela sua protecção. A função maternal é, desta forma, glorificada, o papel das mulheres na sociedade é valorizado e as mães são colocadas ao serviço da criança (Knibiehler, 2000).

A valorização da maternidade está associada à emergência da ideia de instinto maternal, definido como o “amor espontâneo da mãe pelo seu filho” (Badinter, s.d., p. 143). Tal permite justificar, através de um atributo *natural*, a responsabilização da mulher pela criação e educação dos filhos, isto é, as mães são assim percebidas não só como estando *naturalmente* aptas para esta tarefa, mas também, como as pessoas mais adequadas para a realizar. Como afirma Arnup (1994) os factos biológicos relacionados com a maternidade, designadamente a gravidez e a amamentação, permitem a emergência de um discurso em que se defende, com base na existência do *instinto maternal*, uma elaboração do século XIX, a ideia de que as mães devem ser as

principais responsáveis pela criação e educação dos seus filhos.

Um dos aspectos relacionados com a emergência e difusão do conceito de *instinto maternal* é a idealização do *amor maternal*. Segundo Knibiehler (2000) esta concepção de *amor maternal*, que tem subjacente a ideia da dedicação total e exclusiva da mãe ao filho, assim como a caracterização da natureza feminina como essencialmente emocional, transforma-se, ao longo do século XIX, num valor civilizacional, tornando-se num objecto de verdadeiro culto. Tal como afirma Thurer (1995, pp. 185-186):

the clergy, poets, politicians, and just about everyone put mother on a pedestal. She was a balm for every wound inflicted by the hostile outside world. Within the walls of her garden, mother taught virtue to children who would grow up and say, “All that I am, I owe to my angel mother”.

É neste contexto que surge a concepção da *mãe educadora*, designadamente no que se refere à educação moral (Hardyment, 2008; Hays, 1996; Lewis, 1997). Para além do instinto maternal, tal é justificado com o argumento de que, por estarem isoladas do mundo, os seus valores morais seriam mais elevados do que os dos homens, corrompidos pelo contacto com a esfera pública, transformando-se a mãe no repositório do bem e da decência.

A percepção das mulheres como especialmente virtuosas é acompanhada pela ênfase romântica na infância como a idade de inocência, que as mães tinham o dever de proteger. Tal é visível, segundo Hays (1996), na proliferação de brinquedos, jogos e livros especialmente concebidos para as crianças, o que pressupõe o entendimento da infância como uma etapa com características específicas que a diferenciam da adultícia, assim como nas preocupações com a precocidade e com a severidade dos métodos de disciplina utilizados por alguns pais.

As mães são, desta forma, responsabilizadas pela preservação da inocência infantil, assim como pela modelação da consciência das crianças, pela sua transformação em adultos virtuosos, ou seja, pela sua formação moral, preparando os seus filhos para a vida em sociedade e as suas filhas para serem boas mães. Para tal, e

dada a importância atribuída ao exemplo na educação, as mães são aconselhadas a regular a sua própria conduta, adoptando os comportamentos que desejam ver reproduzidos, ou seja, transformando-se no modelo daquilo que gostariam que os seus filhos se tornassem (Hays, 1996; Lewis, 1997).

A maternidade torna-se numa actividade complexa, exigindo, por parte da mãe, um considerável investimento pessoal e uma vigilância constante, não só em relação ao comportamento das crianças, mas também à sua própria conduta. Como afirma Hays (1996) a responsabilização da mãe pela criação e educação dos seus filhos implica não só que esta deve ter uma relação afectuosa com a criança, mas também que deve monitorizar o seu próprio comportamento, de forma a manter a virtude, e utilizar os métodos mais adequados para proceder à educação moral dos filhos, o que transforma a maternidade numa tarefa emocionalmente absorvente e intensiva.

Simultaneamente, a maternidade transforma-se numa tarefa socialmente valorizada, na medida em que é atribuído às mulheres um papel central na educação dos seus filhos e, mais do que isso, na construção de um mundo melhor, através da produção de cidadãos virtuosos e civilizados.

Esta valorização da função maternal é especialmente atractiva para as mulheres da classe média, pois permite estabelecer uma equivalência entre o mundo dos homens e o seu. Afastadas da esfera pública, as mulheres vêem na maternidade uma forma de reforçar o seu poder dentro do lar e, inclusivamente, no seio da sociedade, ao transformarem-se nas principais responsáveis pela educação dos homens de amanhã. Como afirma Knibiehler (2000) no desempenho dos papéis de esposa, mãe e educadora, a mulher, encarregada da vida privada, deverá ser alvo de tanta consideração e respeito como o homem produtor de riquezas e provedor de recursos.

A valorização da maternidade, a sua transformação não só num direito, mas também num dever, uma vez que ao educarem convenientemente os seus filhos contribuem para o bem-estar e para o progresso das sociedades é, assim, realizada com o contributo das próprias mulheres, designadamente daquelas que pertencem às elites intelectuais da época. É de realçar, neste contexto, o papel dos movimentos feministas do início do século XX, que transformando a maternidade numa função social,

procuram reivindicar o direito a uma plena participação social e política das mulheres (Allen, 2005; Knibiehler, 2004; Koven & Michel, 1993).

A atribuição de uma função social à maternidade contribui também para que uma questão até este momento essencialmente privada, efectuada no interior do lar e sob responsabilidade directa da família, a criação e educação das crianças pequenas, se transforme numa questão pública. Como afirmam Koven e Michel (1993) as ideologias maternalistas, enquanto evocadoras de tradicionais imagens das qualidades das mulheres, implicitamente desafiavam as fronteiras entre público e privado, mulheres e homens, Estado e sociedade civil.

Ao utilizar discursos políticos e estratégias que Koven e Michel (1993) designam de maternalistas, os movimentos sociais femininos contribuem para a construção de uma determinada concepção de *boa mãe*. Desta concepção faz parte a ideia, já anteriormente referida, de que a mãe deve ser a principal responsável pela criação e pela educação moral dos seus filhos, e que esta função deve ser exercida não só em nome do bem-estar individual de cada criança, mas também a bem da Nação.

Porém, como afirmam Bloch e Popkewitz (2000, p. 34), “os sistemas de racionalidade que circulam a respeito da família, da infância e da comunidade, quer no passado, quer no presente, não coexistem num mesmo plano; há regras e distinções para a acção e participação que apenas se aplicam a determinado tipo de indivíduos, qualificando uns e desqualificando outros”. Uma das consequências da difusão desta concepção de maternidade, é a classificação, de todas as mulheres que não a seguem, como *más mães*. Neste grupo são incluídas as mães das classes trabalhadoras, cuja necessidade de trabalhar fora de casa, impede, desde logo, que sigam este ideal e cuja capacidade para criar e educar convenientemente os filhos, preparando-os para a vida em sociedade, é posta em causa pelas elites. É assim, em nome do bem-estar da criança, mas também da sociedade, que se inicia a defesa da intervenção junto destas famílias, realizada em nome da sua integração numa nova ordem social (Koven & Michel, 1993; Swain, 1999).

A intervenção junto destas mães vai constituir o campo de acção das mulheres pertencentes aos movimentos reformadores que, como afirmam Koven e Michel (1993),

em nome do interesse pelo bem-estar das crianças reivindicam o direito a instruir e a regular os comportamentos das mulheres das classes mais desfavorecidas, abrindo caminho para a posterior intervenção do Estado.

Assente na imagem de infância designada por Hendrick (1997) como *Criança da Nação*, o investimento na criação e educação das crianças, designadamente na construção de corpos e mentes saudáveis, passa a ser visto como um investimento no progresso material dos países. Como o próprio autor explica, numa época caracterizada pela existência de profundas rivalidades internacionais a nível político, económico e militar, a que se adicionam as preocupações com a qualidade das populações e com a possível emergência de conflitos sociais, as crianças são reconstruídas como investimentos materiais no progresso nacional.

Consequentemente, a preocupação com a componente moral da educação, com a formação de cidadãos virtuosos e civilizados é substituída por uma preocupação mais vasta, que engloba não só o desenvolvimento físico, mas também o desenvolvimento psicológico da criança.

É neste contexto que se assiste a uma crescente intervenção dos peritos na regulação das condutas maternas, associada a uma desvalorização do instinto maternal, considerado insuficiente para a produção de *mentes sãs e corpos robustos*. Como afirma Rose (1999a) as crianças tornam-se cidadãs, no sentido em que lhes são conferidos direitos sociais, como, por exemplo, o direito à educação. À família é atribuído o dever de zelar para que esses direitos sejam cumpridos, podendo, em nome do bem-estar da criança, ser alvo de intervenção no caso do seu não cumprimento. Ou seja, a benevolência e a solicitude para com a criança surgem assim, de acordo com este autor, como uma espécie de disfarce para a extensão da vigilância e do controle sobre as famílias e, consequentemente, das mães.

Em suma, passa-se, na transição do século XIX para o século XX, de uma concepção de maternidade que tem como elementos centrais as noções de instinto e amor maternal, consideradas características essenciais e suficientes para o adequado desempenho da função maternal, para a crença de que uma *boa mãe* é aquela que conhece e segue, no seu quotidiano, as regras *modernas* de criação e educação das

crianças, ou seja, as que têm origem no conhecimento científico.

As mães são, assim, encorajadas a educar-se, abrindo-se caminho para a crescente intervenção dos peritos e, conseqüentemente, para a medicalização e normalização da maternidade, ou seja, para a emergência da ideia de que os comportamentos maternos têm que ter por base o conhecimento científico (Apple, 2006; Ehrenreich & English, 1988; Hays, 1996; Thurer, 1995).

1.2.1.2. A importância do conhecimento científico

A desvalorização da capacidade natural das mulheres para criarem e educarem os seus filhos ocorre num contexto em que se assiste a uma maior preocupação com o desenvolvimento físico e psicológico da criança e à emergência de “especialidades ou mesmo ciências novas cujo principal objecto é a criança em algumas das suas facetas” (A. G. Ferreira, 2000, p. 17). Entre estes novos saberes são de destacar, pela importância que assumem na redefinição da concepção dominante de maternidade, a pediatria e a obstetrícia, indicadoras da crescente importância que os médicos desempenham na vida das mulheres e das crianças, assim como, mais tarde, a psicologia do desenvolvimento.

Embora com campos de acção e estratégias diferenciadas, ao elegerem a criança como objecto de estudo e de intervenção, os peritos das diferentes ciências da infância, sobretudo médicos e *psis*, vão actuar junto da mãe, tentando regular o seu comportamento, contribuindo, deste modo, para a redefinição da concepção dominante de maternidade, ou seja, para a construção de um novo modelo de *boa mãe*.

O discurso médico vai centrar-se, sobretudo, na questão da mortalidade infantil. Num contexto em que se assiste a uma maior preocupação com a população, quer no que diz respeito à qualidade, quer à quantidade, dada a diminuição das taxas de natalidade que ocorre na transição do século XIX para o século XX, as altas taxas de mortalidade e morbidade infantis, tornadas quantificáveis pela aplicação da estatística

às questões da população, tornam-se, aos olhos das elites, num dos mais graves problemas que afectam a infância. Simultaneamente, a percepção de que este combate pode ser ganho, dada a redução que se verifica, devido aos desenvolvimentos no campo da bacteriologia e da imunologia, na taxa de mortalidade geral, nas primeiras décadas do século XX, também contribui para a transformação da questão da mortalidade infantil num problema social, no qual o corpo médico vai procurar intervir, através da educação das mães (Apple, 2006; Arnup, 1994; Davis, 2008; Hardyment, 2008).

Apesar da consciência de que a melhoria das condições de vida pode contribuir para a resolução deste problema, a responsabilidade pela morte das crianças pequenas é atribuída principalmente às mães e ao seu desconhecimento das normas modernas de criação e educação das crianças (Apple, 2006; Arnup, 1994; Litt, 2000; Pereira, 1999). Causas como a pobreza, a má nutrição ou as más condições de alojamento são, muitas vezes, ignoradas, quer no discurso oficial, quer no discurso dos peritos, assistindo-se, assim, à transformação de uma questão social num problema cuja solução depende da iniciativa privada, ou seja, dos cuidados tomados pelas mães de forma a assegurar a saúde dos filhos, pela qual passam a ser responsabilizadas. Como afirma Litt (2000) as práticas das mães são vistas como meio de sinalizar a diferença entre criança saudável e criança doente e, conseqüentemente, como um elemento central na produção de um adulto saudável, de corpo e de espírito.

De acordo com Pereira (1999) a ideia de que ignorância e atraso económico e social constituem duas realidades profundamente relacionadas é parte integrante do pensamento das elites intelectuais da época. Segundo a autora, melhorar o nível de vida significa, de acordo com esta perspectiva, impedir que “as concepções erradas circulassem entre as pessoas, ricas ou pobres” (p. 171). Partindo deste princípio, a resolução para os problemas sociais que afectam as populações reside no combate à ignorância, transformando-se a educação num mecanismo privilegiado de intervenção no social e, mais concretamente, a educação para a maternidade na principal solução para os problemas que afectam a infância.

Iniciando-se com a questão da mortalidade infantil, a ignorância das mães começa a ser identificada como a principal causa dos problemas da infância, quer físicos, quer psicológicos, transformando-se, desta forma, numa característica universal,

que atinge todas as mulheres, independentemente do grupo social a que pertencem. Tal como afirma M. M. Ferreira (2000, p. 139) chamar “ignorantes às mulheres foi uma estratégia poderosa para as controlar e à sua maternidade”, pois permite justificar, em nome do interesse da criança e da sociedade, a intervenção no contexto familiar e, mais concretamente, junto das mães: “face à mortalidade das crianças e à ignorância das mães, os médicos desencadeiam uma cruzada que, concertadamente, procura redefinir o papel da mulher, exaltando a maternidade, a amamentação ao seio e o domínio dos preceitos de Puericultura” (M. M. Ferreira, 2000, p. 119).

É neste contexto que emergem as campanhas de educação para a maternidade e se assiste à difusão de um conjunto de normas que as mães devem seguir de forma a garantir a saúde dos seus filhos, ou seja, à tentativa de universalização de um determinado ideal de *boa mãe*. É ainda de salientar que é nesta época que se difundem, em vários países do mundo ocidental, instituições de educação de infância, destinadas sobretudo aos filhos de mulheres trabalhadoras, ou seja, àquelas crianças cujas mães não correspondem ao modelo dominante de *boa mãe* (Apple, 2006; Knibiehler, 2000; M. M. Ferreira, 2000; Rose, 1999a; Thurer, 1995). Como afirma Apple (2006, p. 42): “Those who believed that some mothers could not be educated sought to give the child the benefits of scientific motherhood in another setting. One alternative that was developed was day nurseries”.

A valorização do conhecimento científico acerca da criação e educação das crianças é acompanhada por uma crítica feroz aos métodos *não científicos*, relacionados com a tradição, assim como à transmissão destes de mulher para mulher, o que contribui para um controle cada vez maior, por parte dos peritos, no acesso à informação acerca da criação e educação das crianças (Apple, 2006; Arnup, 1994). O seu principal objectivo é conseguir o abandono, por parte das mães, de determinadas práticas tradicionais, consideradas nocivas para a saúde da criança, e a sua substituição pelas normas modernas, construídas com base no conhecimento científico, de criação dos filhos (Sohn, 1995).

A educação para a maternidade pode, assim, ser entendida como uma das componentes de um movimento mais vasto a favor da integração numa nova ordem social daqueles que dela estão excluídos, integração essa que se caracteriza pelo

rompimento com as *tradições* e as práticas de natureza informal e pela aquisição de um conjunto de comportamentos e de maneiras de estar uniformizadas, em nome do bem-estar da criança, mas também da sociedade, que têm em comum o facto de na sua origem se encontrar o conhecimento científico.

Neste contexto, a Puericultura, ciência emergente e em profunda ligação com a medicina, mais concretamente com a pediatria, vai desempenhar um papel essencial (Boltanski, 1977; Carneiro, 2008; Knibiehler, 2000; M. M. Ferreira, 2000). Ao erigir como objectivo a difusão dos modernos conhecimentos pediátricos, designadamente na área da nutrição e da prevenção das doenças infecto-contagiosas, ou, mais concretamente, a divulgação da forma como as mães devem proceder quotidianamente de modo a garantir a saúde dos seus filhos, a Puericultura contribui para a regulamentação e normalização das práticas das mães. Ou seja, para a substituição de *maneiras de agir habituais* por *maneiras de agir obrigatórias*, uniformizadas e com fundamento científico (Boltanski, 1977; Knibiehler, 2000), transformando-se, assim, como afirma Carneiro (2008, p. 337) numa “tecnologia de governação para regulamentar e vigiar o campo materno infantil”.

Simultaneamente, o desenvolvimento da psicologia, designadamente da psicologia do desenvolvimento em virtude do interesse pelo estudo científico da infância, também contribui para a expansão desta preocupação com a educação para a maternidade, assim como para a normalização da infância (Cahan, 2006; Hollway, 2006; Hulbert, 2004; Rose, 1999a).

Tornada possível pela criação das instituições de educação de infância, assim como pelo desenvolvimento da prática clínica, que facilitou a observação de um largo número de crianças de uma mesma faixa etária em condições experimentalmente controladas, por um vasto número de peritos, a psicologia do desenvolvimento vai contribuir para a construção da noção de *criança normal* (Beatty, Cahan & Grant, 2006; Hulbert, 2004; Rose, 1999a). Baseada nos conceitos biológicos de períodos sensíveis, determinação genética e, sobretudo, na crença de que o desenvolvimento da criança correspondia a uma progressão natural através de um conjunto de estádios, a psicologia do desenvolvimento vai fornecer as categorias através das quais mães, pediatras e outros peritos podem avaliar e classificar uma determinada criança, ou seja, situá-la em relação

às demais crianças pertencentes à sua faixa etária (Hollway, 2006).

A vasta divulgação das normas de desenvolvimento, ou seja, das competências e dos comportamentos associados a uma determinada idade, nas revistas de *educação familiar* e na literatura dirigida às mães, permite, assim, que estas avaliem se o desenvolvimento do seu filho se está a processar a um ritmo normal ou se, pelo contrário, existe alguma “anormalidade” que exija a intervenção de peritos convenientemente habilitados. Como afirma Rose (1999a, p. 146):

A developmental norm was a standard based upon the average abilities or performances of children of a certain age on a particular task or a specified activity. It thus not only presented a picture of what was normal to children of such an age, but also enabled the normality of any child to be assessed by comparison with this norm.

A criação e a educação das crianças é transformada, desta forma, num empreendimento científico, que as mães devem realizar de uma forma racional e estandardizada, recorrendo para tal a um conjunto de instrumentos que permitem não só monitorizar atentamente o desenvolvimento do seu filho, como também situá-lo em relação às crianças da mesma faixa etária. Segundo Apple (2006) e Thurer (1995) as mães começam a utilizar um conjunto de instrumentos, tais como termómetros, formulários e tabelas de registos, recorrendo à literatura existente para avaliarem a *normalidade* do desenvolvimento das crianças, através do recurso às tabelas relativamente ao peso e à altura, assim como às indicações acerca das idades em que as crianças devem adquirir determinadas competências, tais como o momento em que devem começar a gatinhar, a andar ou a adquirir determinadas capacidades linguísticas.

Mais concretamente, a construção da *criança normal*, para a qual contribuem psicólogos como Arnold Gesell, a definição das suas características e dos seus comportamentos, contribui para que as mães, comparando os seus filhos com essa imagem idealizada, procurem, por sua própria iniciativa, o conselho dos peritos e procurem modificar o seu comportamento (Hardyment, 2008). Tal como afirma Rose (1999a):

In the inevitable gaps between the behaviours of actual children and the ideals of these norms and images, anxiety and disappointment are generated in parents, anxiety that is the occasion for seeking professional guidance to manage the discrepancy between the experienced and the desired. (pp. xxix-xxx)

As tarefas quotidianas de criação e educação das crianças tornam-se, assim, mais complicadas, exigindo um maior investimento, uma maior disponibilidade e a aquisição de um vasto conjunto de conhecimentos por parte das mães. Como escreve Gesell (1979, p. 20):

Aquilo que os pais ou outras pessoas interessadas no comportamento da criança carecem de saber é a maneira como os esquemas de comportamento fundamentais mudam com a idade – quer esse comportamento seja simplesmente algo de tão essencial como as funções de comer, dormir ou eliminar, quer se trate da expressão dum comportamento interpessoal mais complexo, como seja a reacção à mãe, ao pai ou às pessoas estranhas. Precisam de saber tudo aquilo que podemos esperar da criança nos diferentes níveis etários, logo a partir do nascimento.

Estas exigências, designadamente a substituição da ideia de que as mulheres possuem capacidades inatas para exercer a função maternal pela noção de que para ser uma *boa mãe* é necessário adquirir um conjunto de conhecimentos específicos, permitem equiparar a maternidade a uma profissão (Apple, 2006; Ehrenreich & English, 1988; Hays, 1996; Hulbert, 2004; Thurer, 1995) e, simultaneamente, incutir nas mulheres o sentimento de que sozinhas, ou seja, sem a ajuda dos peritos, são incapazes de desempenhar convenientemente essa tarefa.

A profissionalização da maternidade está patente no discurso dos peritos que tratam as mulheres, designadamente aquelas pertencentes às classes mais favorecidas, como profissionais científicos de cuja acção depende o bem estar físico e psicológico das crianças e que, enquanto tal, necessitam de ser convenientemente preparadas para o exercício desta actividade (Hulbert, 2004).

Esta ideia é aceite com entusiasmo por essas mães. Como refere Hulbert (2004) a *profissionalização da maternidade* oferece uma resposta às mulheres com níveis educativos mais elevados, que a vêem assim como uma carreira a seguir e não apenas como mais uma tarefa doméstica a realizar. A equiparação da maternidade a uma profissão, tal como a valorização do seu papel na educação moral dos filhos no século XIX, acarreta uma valorização do papel social e do poder das mulheres na esfera doméstica, residindo a diferença no facto de nas suas mãos já não estar só a construção de cidadãos virtuosos, mas também a de adultos saudáveis.

A regulação e normalização dos comportamentos maternos das mulheres pertencentes às classes mais favorecidas é realizada de uma forma indirecta, utilizando veículos como os manuais de puericultura, as revistas femininas ou de *educação familiar*, em que são divulgadas as normas a seguir na criação e educação das crianças, acompanhadas da sua justificação científica, assim como das consequências da sua não aplicação, para o desenvolvimento presente e futuro da criança (Apple, 2006). Actua-se, assim, de uma forma não coerciva, agindo sobre os desejos e as aspirações das mães, ou seja, como afirmam Rose (1999a) e Stearns (2003), sobre as suas ansiedades.

Contudo, tal como já tínhamos referido no ponto anterior, as estratégias de regulação do comportamento materno diferem segundo a classe social a que as mulheres pertencem. As mães socialmente mais desfavorecidas, vêem os seus comportamentos regulados de uma forma mais directa, através de procedimentos como o inquérito social ou a visitação domiciliária, “instrumentos fundamentais de observação, controle e vigilância das famílias pobres” (M. M. Ferreira, 2000, p. 205). Os médicos, por sua vez, recorrem a medidas como a vacinação, o rastreio de doenças e as consultas, transformando-as em mecanismo de regulação e modelação dos comportamentos maternos.

Estas diferentes estratégias têm como principal objectivo tornar as mães “mais esclarecidas e ‘conscientes’ dos seus deveres maternos e, ao mesmo tempo, avaliar a correcção do seu desempenho, ou seja, vigiá-las” (M. M. Ferreira, 2000, p. 132).

Podemos então afirmar que apesar da mãe continuar a ser responsabilizada pela criação e educação dos seus filhos, o impacto crescente da ciência e da medicina no

quotidiano das mulheres tem como consequência a desvalorização do *instinto* e do *amor maternos*, condições necessárias e suficientes a uma *boa mãe* do século XIX, que são substituídos pelo conhecimento científico durante a primeira metade do século XX.

Contudo, a realização de um conjunto de estudos, nos anos 40 do século XX, cujos resultados indicam que as práticas educativas associadas a esta ideologia de maternidade não são tão benéficas como até aí se pensava, no que diz respeito ao desenvolvimento e bem-estar das crianças, a maior ênfase colocada na necessidade de conhecer e respeitar a individualidade de cada criança de forma a satisfazer as suas necessidades, assim como na importância da relação mãe-criança, adicionam uma nova dimensão ao papel da mãe, que está na origem da concepção de *maternalização intensiva* (Hays, 1996).

1.2.1.3. Maternalização intensiva

A *maternalização intensiva*, identificada por vários autores como a concepção dominante na actualidade (Arendell, 2000; Bell, 2004; Bemiller, 2010; Hattery, 2001; Johnston & Swanson, 2006; Lareau, 2003; Monteiro, 2005), é definida pela sua autora como “a gendered model that advises mother to expend a tremendous amount of time, energy, and money in raising their children” (Hays, 1996, p. x). Mais concretamente, o que constitui novidade nesta concepção, face àquelas anteriormente expostas, é a intensificação dos métodos de criação e educação das crianças e a consequente exigência de uma maior disponibilidade física, emocional e financeira por parte das mães.

Segundo Hays (1996) a ideia de que se deve respeitar o desenvolvimento natural da criança, assim como de que a satisfação das suas necessidades deverá constituir a base do processo educativo, que estão implícitas neste modelo de *boa mãe*, tem como consequência uma intensificação do papel da mãe na criação e educação das crianças. Tal como a própria autora afirma:

the recommended methods of child rearing become fully intensified: not only have they become expert-guided and child-centred, they are also emotionally absorbing, labor intensive, and financially expensive than ever before. All this money, time, and attention has as its goal not economic productivity or the nation's greatness but the protection and preservation of the child's natural innocence, affection, purity and goodness. (p. 46)

A emergência desta nova forma de encarar a criação e educação das crianças, designada de permissiva ou de centrada na criança, pode ser situada no período pós II Guerra Mundial. O desenvolvimento e o impacto social crescente da psicologia, em conjunto com o declínio, um pouco por todo o mundo ocidental, das taxas de mortalidade infantil, contribuem para que o objecto dos peritos não seja somente a questão do bem-estar físico das crianças, mas também o seu bem-estar psicológico (Arnup, 1994; Grant, 1998; Groenendijk & Bakker, 2002; Rose, 1999a).

Simultaneamente, a redescoberta da teoria psicanalítica e a sua interligação com a psicologia do desenvolvimento, designadamente no que diz respeito à importância atribuída às experiências precoces na formação da personalidade ou, mais concretamente, da descrição da forma como as experiências, memórias e fantasias das crianças influenciam a sua personalidade enquanto adultos (Lamb, Ketterlinus & Fracasso, 1992), provoca um interesse crescente, por parte dos peritos *psi* que até aí se tinham dedicado ao estudo da criança enquanto sujeito individual, pela análise da relação mãe-criança (Hollway, 2006; Rose, 1999a).

A mãe torna-se, desta forma, num objecto de estudo da psicologia do desenvolvimento, surgindo diversas investigações cuja finalidade é o estudo da sua influência, através da análise do comportamento maternal, no desenvolvimento dos filhos. Estes estudos, ao estabelecerem relações entre determinados comportamentos maternos, por vezes minuciosamente descritos, e o nível de desenvolvimento das crianças, possibilitam a definição da *boa mãe*, permitindo assim uma classificação dos comportamentos e, conseqüentemente, das próprias mulheres, de acordo com a forma como interagem com os seus filhos.

Um dos contributos mais marcantes para a construção de um modelo de

maternalização intensiva e, designadamente, para a centralidade do papel da mãe, deve-se a John Bowlby, autor da teoria da vinculação. Esta teoria, cujos princípios têm sido divulgados nos manuais, nas revistas e nos programas de rádio e de televisão dirigidos às mães, por autores como Winnicott, através da BBC, ou Françoise Dolto, na France-Inter, para além de ter influenciado as políticas sociais em relação à infância e à maternidade no período pós II Guerra Mundial (Davis, 2008), exerce ainda hoje uma enorme influência na forma como é encarado o desenvolvimento social e emocional da criança (Badinter, s.d.; Franzblau, 1999; Green & Goldwin, 2002; Hays, 1998).

Segundo a teoria da vinculação existe na criança uma necessidade natural e inata de estabelecer uma ligação privilegiada com a mãe, de cuja qualidade dependerá o seu desenvolvimento emocional e social. Mais concretamente, como explica Mayhew (2006), enquanto as crianças com uma vinculação segura se transformam em adultos socialmente responsáveis e autónomos, aquelas cuja vinculação à mãe é classificada como insegura desenvolvem personalidades anti-sociais.

A tónica colocada na existência de uma ligação natural entre mãe e filho, essencial para o desenvolvimento posterior da criança, vem reforçar a ideia de que a mãe não só deve ser a principal prestadora de cuidados físicos e afectivos, mas também de que a forma como interage com o seu filho é determinante para o seu bem-estar psicológico, presente e futuro. Como escreve o próprio Bowlby (1984, p. X) “o que se acredita ser essencial para a saúde mental é que o bebé e a criança pequena experimentem um relacionamento carinhoso, íntimo e contínuo com a mãe (ou mãe-substituta permanente), no qual ambos encontrem satisfação e prazer”.

A importância concedida à mãe, ou mais concretamente à relação que esta estabelece com o filho, está na origem da sua culpabilização quando algo corre mal (Caplan, 1998; Elvin-Nowak & Thomsson, 2001; Groenendijk & Bakker, 2002; Hays, 1996; Knibiehler, 2000; Thurer, 1995; Vanobbergen, 2008). Num estudo em que analisa 125 artigos publicados em revistas científicas sobre saúde mental, nos anos de 1970, 1976 e 1982, Caplan (1998) verifica que as mães são culpabilizadas pelos mais variados problemas, desde a esquizofrenia à agressividade: “In the 125 articles, mothers were blamed for seventy-two different kinds of problems in their offspring, ranging from bed-wetting to schizphrenia, from inability to deal with color blindness to aggressive

behavior, from learning problems to 'homicidal transsexualism'" (p. 135).

Abre-se, assim, caminho ao que Groenendijk e Bakker (2002) designam de neurotização da maternidade, visível na transformação da relação mãe-criança na fonte de todos os problemas emocionais, o que aumenta a complexidade da função maternal, a ansiedade das mães e, conseqüentemente, o recurso aos peritos como fonte de aconselhamento na criação e educação das crianças e, mais concretamente, como forma de assegurar o seu bem-estar psicológico.

Os estudos realizados pelos seguidores de Bowlby permitem ainda que se preste mais atenção à microestrutura da vinculação, ou seja, que se analise de uma forma meticulosa cada aspecto da relação. A relação mãe-criança torna-se, assim, alvo de uma observação minuciosa, em que todos os pormenores são tidos em conta. São utilizadas, neste contexto, observações detalhadas, gravações áudio e vídeo, ou seja, todo um conjunto de técnicas que permitem aos psicólogos transformar todos os pequenos pormenores da interacção mãe-criança em conhecimento e que estão na origem da emergência do conceito de *mãe sensível*, ou seja, de uma mãe capaz de compreender e satisfazer as necessidades da criança.

Os conceitos de *mãe sensível* assim como de *necessidades da criança*, acima mencionados, são elementos centrais na concepção de *maternalização intensiva*. Para além de estarem na origem da classificação da mãe como a prestadora de cuidados mais adequada para os seus filhos, estas noções contribuem ainda para definir as características de uma *boa mãe*, muitas delas de natureza subjectiva já que se relacionam não com o comportamento em si, mas com a qualidade desse comportamento, como é visível na definição que a seguir se transcreve:

the mother's responsiveness to her child; her ability to be warm and soothing when the child is distressed; her ability to negotiate conflictual moments; her ability to find interesting, stimulating and creative ways to play; and the quality of her affective interactions with their child. (Biringen, Matheny, Bretherton, Renouf & Sherman, 2000, p. 224)

Podemos então afirmar que uma *boa mãe* é aquela que está física e

emocionalmente disponível para satisfazer as necessidades do seu filho, quer seja a necessidade de amor e segurança, quer seja a promoção do seu desenvolvimento cognitivo.

Numa sociedade em que grande percentagem das mães trabalha esta ideologia coloca sérios problemas às mulheres, já que a única escolha possível se se quer ser uma *boa mãe* é envolver-se intensivamente nessa tarefa (Hays, 1996). A opção que resta é se se opta, quando essa escolha é possível, por exercer uma profissão ou não.

Este facto está na origem de dois discursos acerca da maternidade, derivados da ideologia da maternalização intensiva, o discurso da *mãe tradicional*, aquela que abdica da sua carreira para se dedicar à criação e educação dos seus filhos, e o discurso da *supermãe*, que concilia com sucesso a sua profissão e a vida familiar, que empurra o carro do bebé com uma mão e carrega uma pasta na outra (Buxton, 1998; Hays, 1996).

Contudo, como Hays (1996) afirma no final do seu livro, esta ideologia parece estar em transformação. Mais concretamente, como a própria autora afirma, existem indicadores de que uma revolução se está a operar em torno de três dimensões: maior poder público para as mulheres, elevação do estatuto social daqueles que tomam conta das crianças e um maior envolvimento do pai nas tarefas relativas à criação e educação dos filhos.

Este último aspecto está na origem da *família democrática* (Giddens, 2000), da emergência da ideia de *coparentalidade* (Vuori, 2009), ou seja, de que ambos os progenitores podem e devem ser responsáveis pela prestação de cuidados aos seus filhos, visível sobretudo, de acordo com Neyrand (2004), no discurso político acerca da igualdade entre géneros. Como afirma Hestbæk (1998) o papel da mãe e do pai na educação e criação das crianças tem estado no centro de diversas discussões, designadamente acerca do papel da pai em relação às crianças mais pequenas, que tem tomado especial relevo no contexto das discussões em torno da regulação do poder paternal nos casos de divórcio (Kurki-Suonio, 2000; Rhoades, 2002).

Apesar do pai estar cada vez mais no centro das atenções e de o termo *mãe* ser substituído cada vez mais, quer no discurso dos peritos, quer no discurso popular, por termos assexuados, como *pais*, o que pode ser interpretado como um sinal de que a

ideologia da *maternalização intensiva* começa a ser contestada, tal não significa que esta transformação dê origem a uma maior igualdade entre os géneros, ou a uma maior participação das pais nas tarefas relacionadas com a prestação de cuidados aos seus filhos (Vuori, 2009). Como verificou Sunderlan (2006) na sua análise de *revistas de educação familiar*, apesar do crescente recurso a designações neutras, os pais são ainda percebidos como ajudantes das mães, que são consideradas as principais responsáveis pela criação e educação dos seus filhos.

Segundo Vuori (2009) assumir um papel mais activo no quotidiano das crianças é ainda considerada uma escolha individual, que resulta muitas vezes de uma negociação familiar, sendo que a atribuição de uma maior responsabilidade aos pais não resulta na diminuição da importância atribuída à mãe na criação e educação das crianças, mas sim de uma partilha de tarefas.

Em suma, apesar da crescente atenção concedida ao pai, a mãe continua a ser considerada a principal responsável pela criação e educação das crianças, tarefa que deve realizar com o auxílio dos peritos da infância, se o seu desejo é transformar o seu filho num adulto saudável, equilibrado e feliz.

Assiste-se, assim, ao reforço do poder dos peritos junto das mães, o que também é facilitado pelo aumento do nível educativo das mulheres nas sociedades ocidentais ao longo do século XX, assim como pelo acesso generalizado aos cuidados de saúde, fruto da emergência dos Estados Providência. Apesar de algumas mulheres continuarem a recorrer aos seus vizinhos, amigos e familiares para obter informação acerca da melhor forma de criar e educar os seus filhos, um número cada vez maior de mães recorre aos peritos quando precisa de obter esse tipo de informações (Apple, 2006; Civitas, ZerotoThree, & Brio, 2000; Geboy, 1981; Hays, 1996; Schwalb, Kaway, Shoji, & Tsunetsugu, 1995; Walker, 2005).

Os discursos dos peritos, as ideias e as práticas associados à criação e educação das crianças, o que Hays (1996) designa de *cultura da maternidade socialmente apropriada*, serão objecto de análise no ponto que se segue.

I.2.2. Discursos dominantes sobre as práticas de maternidade: Geração, criação e educação das crianças

A ideia, anteriormente referida, de que as mulheres necessitam de adquirir conhecimentos específicos para o exercício da função maternal, conduz à elaboração e à difusão de um conjunto de discursos cujo tema central é a promoção da saúde e do bem-estar da criança. A sua divulgação através dos mais variados canais – tais como livros, revistas, programas radiofónicos e televisivos – vai contribuir para que os peritos, aqueles que detêm os conhecimentos científicos sobre a criação e educação das crianças, possuam cada vez mais poder no que diz respeito à governação da maternidade e, mais concretamente, à regulação e normalização das condutas maternas antes, durante e após o nascimento das crianças. Tal como refere M. M. Ferreira (2000, pp. 116-117):

os discursos produzidos por médicos e pedagogos (...) partem da identificação dos problemas sociais mais pertinentes e prementes da infância e propõem as soluções que consideram cientificamente mais adequadas, constituindo-se numa força que procura institucionalizar-se e expandir-se para a sociedade mais alargada, tanto ao nível da esfera privada e pública como da esfera estatal.

Apesar de termos consciência de que, como afirma Valentine (1997), são vários os intervenientes na construção da imagem de *boa mãe*, no que diz respeito à prática da maternidade, ou seja, aos princípios a seguir na criação e educação das crianças, dois grupos profissionais, médicos e peritos *psi* (psicólogos e pedopsiquiatras), estes últimos sobretudo a partir dos anos 50, vão ter um papel mais activo.

O prestígio crescente da medicina, nas primeiras décadas do século XX, facilitado pelo desenvolvimento de áreas científicas como a bacteriologia ou a nutrição que permitem desenhar novas estratégias de prevenção e tratamento da doença, mais eficazes do que aquelas que até aí tinham sido utilizadas, permite a valorização da função social dos médicos, e, conseqüentemente, dos discursos por eles produzidos. Segundo Apple (2006) os jornais, as revistas e, mais tarde, a rádio desempenham, neste

período, um importante papel na valorização do papel dos médicos na promoção da saúde das crianças.

Mais concretamente, ao transmitirem a um público mais vasto as descobertas da ciência médica, tratando-as como acontecimentos espantosos e surpreendentes, com poder para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e proteger a saúde e a vida das crianças, contribuíram para reforçar a importância de seguir os conselhos prescritos por estes peritos de forma a assegurar a saúde e a evitar a doença.

No que diz respeito à maternidade e à infância, a crescente intervenção dos médicos resulta da sua percepção como o “único corpo profissional com formação para uma intervenção científica sobre a criança” (Ferreira, 2003, p. 14), reforçada pela noção de que a sua acção pode contribuir para a resolução daqueles que são considerados, no início do século XX, os maiores problemas que afectam as crianças e as suas mães, as elevadas taxas de mortalidade materna e de mortalidade e morbidade infantis.

O crescente poder médico, ao longo do século XX, no que diz respeito às questões relacionadas com a maternidade e a infância é visível na generalização de práticas que Armstrong (1995) designa de *medicina de vigilância*. Segundo este autor assiste-se, no início do século XX, à emergência de um novo tipo de medicina, cujo principal objectivo não é o tratamento dos doentes, mas sim a vigilância das populações normais e que se constitui em torno da criança. Mais concretamente, a especificidade infantil, ou seja, o facto de a criança se apresentar como um corpo em desenvolvimento, processo que pode ser, a qualquer momento, ameaçado, justifica a necessidade de esta ser periodicamente vigiada, mesmo na ausência de doença.

Apesar de terem contribuído para a redução das taxas de mortalidade e de morbidade infantis, no que foram auxiliados pelo desenvolvimento da bacteriologia, da nutrição e da fisiologia, assim como pelo desenvolvimento tecnológico, designadamente na área do diagnóstico, a crescente intervenção do corpo médico na vida das mães e das crianças tem sido uma das áreas mais contestadas da maternidade. A crítica à sua medicalização constitui, assim, um dos aspectos mais salientes dos discursos alternativos sobre esta realidade.

Contudo, apesar da crítica existente, nalguns sectores da sociedade, à crescente

medicalização da maternidade, a maioria das mães continua a considerar que os médicos constituem fontes privilegiadas de informação sobre a criação e educação das crianças. Ao interrogar as participantes sobre as fontes de informação a que recorrem, quando têm dúvidas acerca da criação e educação dos seus filhos, Walker (2005) verifica que quase a totalidade (90%) menciona o médico ou a enfermeira como uma das mais importantes e úteis fontes de informação.

Para além dos médicos, os peritos *psi* constituem outro grupo profissional que é determinante para a forma como se encara a maternidade e as práticas de criação e educação das crianças, sobretudo a partir da segunda metade do século XX (Groenendijk & Bakker, 2002; Hays, 1996; Hollway, 2006; Rose, 1999a, Walkerdine, 1998).

Segundo Rose (1999a) o século XX corresponde ao período em que psicologia se torna na ciência central da governação das populações, designadamente no que diz respeito à regulação do comportamento:

The psy sciences have played a key role in rationalities and techniques of government. Nor just on the basis of their knowledge but also on the basis of the forms of the authority they have produced and the kind of legitimacy they have accorded to those who want to exercise authority over human conduct. (p. xxii).

A transformação das ciências *psi* numa importante força social ocorre, sobretudo, no período pós II-Guerra Mundial, momento em que se assiste a uma crescente intervenção dos psicólogos no domínio da educação das crianças (Apple, 2006; Gleason, 1996; Hollway, 2006; Rose, 1999a; Singly, 2000), assim como à divulgação dos saberes oriundos da psicologia e da psicanálise, não só pelos peritos *psi*, mas também por outros profissionais, designadamente os médicos, de que Benjamim Spock, pelo impacto que teve no quotidiano de milhares de crianças, é o mais paradigmático exemplo. Segundo Phoenix e Woollett (1994) ao produzir conhecimento teórico sobre a maternidade, conhecimento esse que se tem divulgado através dos manuais e das revistas para mães, a psicologia vai influenciar a forma como os pais e os profissionais da infância vêem a maternidade.

A intervenção dos peritos *psi* na criação e educação das crianças tem início com o *Child Study Movement*, de que Stanley Hall foi um dos principais protagonistas. Hall defende a importância do estudo atento da criança, da sua observação, pois só assim se poderão encontrar os métodos mais adequados para a sua educação incentivando as mães a registarem cuidadosamente todas as competências adquiridas pelos seus filhos (Hulbert, 2004; Rose, 1999a; Thurer, 1995).

Esta intervenção adquire um novo folgo com John Watson e a emergência das teorias comportamentalistas, substituídas, em meados do século XX, pela ênfase maturacional no desenvolvimento, de Gesell, e na importância atribuída à figura materna e ao afecto, pelos teóricos da vinculação, que estão na origem dos discursos dominantes na actualidade sobre a educação das crianças pequenas, assim como, nas últimas décadas, pela ênfase colocada na importância das primeiras experiências para o desenvolvimento cognitivo das crianças.

O principal objectivo dos peritos é o combate aos problemas que afectam a infância, quer sejam, como identificou M. M. Ferreira (2000), a mortalidade infantil ou a sua deseducação. Assim sendo, os discursos por eles produzidos vão abranger todos os períodos de vida da criança, inclusivé aquele que antecede o seu nascimento, e um leque variado de conteúdos, desde as questões relacionadas com a alimentação até à disciplina.

Gostaríamos de acrescentar que ao fornecer instruções claras e precisas sobre quais os comportamentos maternos próprios de uma *boa mãe*, estes discursos constituem, segundo Hays (1996), a *cultura da maternidade socialmente apropriada*, fundada no conhecimento científico e abrangendo todas as etapas da vida da criança.

1.2.2.1. Geração

A gravidez e o parto constituíram, até muito recentemente, um domínio exclusivamente feminino. Contudo, a descoberta de uma relação entre a saúde materna e

a sobrevivência e a saúde futura das crianças vai contribuir para que seja atribuída uma maior importância ao acompanhamento médico da gravidez, assim como à realização dos partos em contexto hospitalar (Arnup, 1994; Brown, 2004), ou seja, para a medicalização destes dois acontecimentos da vida da mulher.

A medicalização da gravidez resulta, segundo Barker (1998), da sua construção como um acontecimento biomédico e da sua aceitação pelas mulheres enquanto tal. Mais concretamente, ao ser tratada como uma doença, a grávida é transformada numa paciente e submetida ao saber dos médicos, que detêm o monopólio do conhecimento acerca das terapêuticas da gravidez, necessárias para que esta seja bem sucedida, isto é, que resulte no nascimento de uma criança saudável. Esta modificação na forma como a gravidez é percebida contribui, por sua vez, para que a responsabilidade de a levar a bom termo seja atribuída às mulheres que, para isso, só têm que submeter-se às prescrições médicas (Gross & Patisson, 2001).

Ou seja, actuando sobre as ansiedades das mães, como diria Rose (1999a), os médicos constituem-se como os peritos da gravidez, aos quais as mães se submetem de forma a assegurar, desde o primeiro momento, a saúde dos seus filhos. Tal como afirma M. M. Ferreira (2000) “o medo de perder o seu filho e o desejo de que este nasça são, permitem a medicalização da vida da mulher e da criança, obtendo-se dela um comportamento conforme, não só no plano médico, mas também no plano social” (p. 132).

Esta responsabilização, a partir do momento em que são generalizados os métodos contraceptivos de alta eficácia, é ainda mais realçada, uma vez que ser mãe passa a ser entendido como o resultado de uma opção pessoal. Como referem Lifflander, Gaydos e Hogue (2007) ser mãe passa a ser visto como uma decisão activa que pressupõe o seguimento voluntário das *terapêuticas da gravidez*, das quais um elemento essencial é a consulta médica.

A importância da vigilância médica durante o período da gravidez, quer para a saúde da mulher, quer para a saúde da criança, é realçada nos discursos dominantes sobre a maternidade, e, simultaneamente, facilitada pela expansão dos serviços de saúde, designadamente daqueles relacionados com a saúde materno-infantil.

Segundo Barker (1998) a medicalização da gravidez é um produto do século XX. Enquanto até aí a maioria das mulheres não consultava o médico durante a gravidez, assunto feminino por excelência, nos nossos dias são raras as mulheres, nas sociedades ocidentais, que não são cuidadosamente vigiadas e monitorizadas durante este período das suas vidas.

Nestas consultas, assim como na literatura que lhes é dirigida, as mulheres são aconselhadas a seguir um conjunto de recomendações que têm como principal objectivo a preservação da saúde em nome do bem-estar do seu filho, que englobam praticamente todos os aspectos do quotidiano (Abugideiri, 2004; Rudolfsdottir, 2000). A *boa mãe* mantém o seu corpo em boa forma física, através da realização de passeios diários e do seguimento de uma dieta equilibrada, toma banho todos os dias e descansa sempre que sente necessidade, ou seja, como afirmam Marshall e Woollett (2000), é aquela que auto-disciplina o seu corpo em nome do bem-estar da criança que transporta.

A medicalização da gravidez está intimamente relacionada com a medicalização do parto, facilitada pela descoberta da causa das infecções puerperais, principal razão de morte materna, que permitiu que este se tornasse num acontecimento mais seguro para as mulheres e possibilitou a sua realização em contexto hospitalar. Como afirma Brown (2004), até finais do século XIX, a maioria das mulheres encara o parto como um acontecimento ao qual pode não sobreviver, o que contrasta com a realidade actual, pelo menos no que diz respeito aos países ocidentais, em que a probabilidade de morrer no momento do parto é quase nula. Em Portugal, em 2005, esta taxa era de 0,03%.

O facto do parto se ter tornado mais seguro, quer para as mulheres, quer para as crianças, resultado da crescente intervenção do corpo médico sobre o mesmo e condição essencial para a sua aceitação, transforma este acontecimento, a par da gravidez, numa das principais áreas de medicalização das mulheres no século XX (Apple, 2006; Arnup, 1994; Brouwere, 2007; Knibiehler, 1997, 2000; Litt, 2000; Mathews & Zadak, 1997; Perrot, 2007; Zadoroznyj, 2001). A crítica, na literatura destinada às mães, da realização de partos por parteiras e “curiosas”, acompanhada da recomendação da sua supervisão médica é uma constante na primeira metade do século XX (Arnup, 1994), fruto quer da preocupação com a saúde da mulher e da criança, quer da tentativa de afirmação de uma nova especialidade médica, a obstetrícia.

A crença na necessidade de supervisão médica, neste momento decisivo para a vida da mãe e da criança, está também na origem da sua deslocação, ou seja, o lar é substituído pelo hospital como local privilegiado para o nascimento das crianças (Mathews & Zadak, 1997). Esta deslocação possibilita a criação e introdução de um conjunto de procedimentos médicos, em nome de uma facilitação do nascimento, tais como a indução do parto, o isolamento das mulheres durante o mesmo, assim como a utilização rotineira de fórceps, anestésias e, ainda, a realização de episiotomias (Arnup, 1994), ou seja, daquilo de Knibiehler (2000) designa de *imperialismo das técnicas* e que está na origem da sua contestação.

Muitas vezes realizadas de uma forma ritualista, ou seja, sem serem absolutamente necessárias, estas técnicas não têm em conta, de acordo com Mathews e Zadak (1997), a experiência psicológica e subjectiva da parturiente, de quem se espera uma atitude passiva e de total submissão às recomendações do médico, transformando-se o parto num acontecimento dominado não pelas mulheres, mas sim pelos médicos.

É precisamente nesse momento que a abordagem biomédica, em que a principal preocupação são os resultados, ou seja, a conservação da saúde da mulher e da criança, começa a ser alvo de crítica e um novo modelo é proposto (Shaw, 2002). Este modelo parte do princípio de que o parto é um acontecimento natural, um processo orgânico, possuindo deste momento uma visão holística, ou seja, centrada não só no resultado, mas também no processo em si, designadamente na necessidade de se ter em conta o papel da mulher, o seu bem-estar, no decorrer do trabalho de parto e no momento do nascimento.

Apesar das primeiras tentativas de humanização do parto ocorrerem nos anos 40, com a introdução do método psicoprofilático do parto sem dor, este movimento só começa realmente a tomar forma no final dos anos 60, em convergência com os movimentos feminista e de defesa dos consumidores, na área da saúde, que tinham em comum a defesa da possibilidade de tomada de decisão em ambientes paternalistas, dominados pelos elementos do sexo masculino, como era o caso da obstetrícia e, conseqüentemente, dos partos hospitalares (Apple, 2006; Mathews & Zadak, 1997). A defesa de outra forma de dar à luz está, assim, relacionada com uma tentativa, por parte das mulheres, de recuperação do controlo sobre o seu corpo e sobre o momento do parto

em concreto, assim como da possibilidade de tomar decisões relativas a si próprias de uma forma consciente e informada.

O movimento a favor da desmedicalização do parto produziu alguns resultados. Ao aumento do número de partos realizados em casa, sobretudo por mulheres pertencentes à classe média, os profissionais de saúde, preocupados com os riscos associados aos mesmos, respondem com uma transformação das condições em que estes ocorrem, em contexto hospitalar, tentando proporcionar um ambiente mais familiar (Mathews & Zadak, 1997).

Para além dos aspectos anteriormente referidos, relacionados com o momento do nascimento, a realização do parto em contexto hospitalar possibilita ainda que a educação para a maternidade se inicie desde logo, pois o período de internamento da mulher constitui um momento privilegiado para a transmissão de normas acerca da criação e da educação das crianças. Colocadas num ambiente estranho, sem a presença da família ou dos amigos, o período de internamento da mulher após o parto, proporciona uma oportunidade única para as mães, que os profissionais de saúde aproveitam, transformando-o num momento privilegiado para a transmissão de conhecimentos acerca da forma como as mães devem cuidar dos seus bebés, ou seja, transformando-o num momento de ensino (Apple, 2006).

Em suma, o seguimento das mulheres durante a gravidez e no parto contribui para que os médicos se transformem nos principais prestadores de cuidados à família (Arnup, 1994). Auxiliadas pelo médico a ter uma criança saudável e um parto sem problemas, as mulheres percebem-no como um elemento fundamental para a conservação, após o nascimento, da saúde da criança, procurando-o sempre que esta apresente algum problema, designadamente no que diz respeito aos cuidados com o corpo, ou seja, a criação.

1.2.2.2. Criação

Embora as mães sejam aconselhadas sobre uma multiplicidade de aspectos relacionados com os cuidados a ter com o corpo da criança, desde o vestuário até ao tratamento de doenças, a alimentação e higiene vão constituir, na primeira metade do século XX, os dois temas centrais do discurso médico dirigido às mulheres (Apple, 2006; Ferreira, 2003). Numa época em que as perturbações alimentares e as doenças infecto-contagiosas são as principais causas de mortalidade entre as crianças com menos de cinco anos, ao centrarem-se nestes temas os médicos estão a atribuir à mãe a responsabilidade pela saúde dos seus filhos, ou seja, como refere Abugideiri (2004), a dar-lhe um papel central na prevenção da doença.

A descoberta do papel desempenhado pelos micróbios na propagação das doenças está na origem da preocupação com a higiene, quer do corpo, quer dos objectos da criança, assim como com o contacto físico entre adultos e crianças, forma privilegiada de transmissão de doenças infecto-contagiosas (Apple, 2006). Como afirma Tubiana (1995, p. 363):

Ao cabo de séculos durante os quais as pessoas se tinham protegido das doenças infecciosas com queimadores de perfumes e aromas diversos, estas práticas são postas em questão. Passa-se a perseguir o germe invisível numa água ou num leite de boa aparência (...). Os antissépticos aplicados preventivamente reduzem de um modo espectacular as mortes causadas por feridas infectadas; mas será ainda mais eficaz a imposição do asseio corporal porque uma pele suja favorece as infecções à mínima arranhadela.

As mães são aconselhadas a manter o corpo do seu filho e os seus objectos escrupulosamente limpos, de forma a preservar a sua saúde, assim como a evitar que seja beijado, conselhos que algumas mães pareciam seguir. Segundo Carmo (1993, p. 271) “Os pais perceberam depressa que era necessário cercar os filhos de uma protecção de distâncias. É a época dos babadouros dos bebés onde se lia «Não me beijas» e das medalhinhas de prata com a mesma inscrição”.

Os desenvolvimentos nas áreas da fisiologia e da nutrição vêm contribuir, por sua vez, para a atribuição de uma maior importância à alimentação na construção de um corpo saudável. Num período em que os problemas de nutrição estão associados às elevadas taxas de mortalidade e morbidade infantis, os médicos vão indicar às mães quais as práticas que devem seguir, assim como aquelas que devem evitar, de forma a assegurar e promover a saúde dos seus filhos, sendo também avisadas das perigosas consequências que podem advir do seu não cumprimento, designadamente da possibilidade de não sobrevivência dos seus filhos (Apple, 2006; Murphy, 2003).

A alimentação vai constituir uma área privilegiada de intervenção dos médicos ao longo de todo o século XX. Com base no argumento de que cada criança é única, possuindo, por esse motivo, necessidades específicas e, conseqüentemente, da impossibilidade de estabelecer regras universais que as mães possam seguir, os médicos reforçam a sua autoridade, afirmando que a alimentação das crianças só pode ser realizada sobre a sua supervisão (Apple, 2006).

É neste contexto que se assiste à defesa da amamentação, considerada a forma mais adequada de alimentar os bebés (Arnup, 1994; Thorley, 2003). Conhecido o seu importante papel no combate à mortalidade infantil, designadamente nos primeiros meses de vida em que grande parte das mortes eram causadas por gastroenterites (Thulier, 2009), a defesa da amamentação transforma-se numa questão de saúde pública, fazendo parte de um conjunto de medidas mais vasto cujo principal objectivo é a melhoria da saúde da população (Shaw, 2003).

Apesar da defesa da amamentação, os conselhos dados às mães acerca da forma como esta se deve processar dificultam a sua realização e contribuem para o seu abandono precoce. As mães são aconselhadas a friccionar os mamilos com álcool, o que promove o aparecimento de gretas e fissuras, a não amamentar durante a noite e a seguir durante o dia horários previamente estabelecidos, o que contribui para a diminuição da quantidade de leite (Thorley, 2003) e para o surgimento daquilo que é designado pelos peritos de síndrome da insuficiência de leite (Avishai, 2007). Simultaneamente os médicos assumem uma atitude mais favorável em relação à alimentação artificial, que se torna não só mais fácil de realizar, com a introdução dos leites artificiais próprios para os bebés, como também mais segura (Avishai, 2007; Thulier, 2009).

Assiste-se, assim, a uma diminuição na prevalência da amamentação que é substituída pela alimentação artificial. Contudo, a realização de um conjunto de estudos que permitem não só analisar a composição do leite materno, mas mais importante ainda, identificar um conjunto de benefícios, quer para a mãe, quer para o bebé, associados a esta prática, coloca de novo a questão no centro das atenções. Um exemplo deste interesse renovado pelo aleitamento materno é a campanha lançada pela UNICEF e pela Organização Mundial de Saúde, nos anos 80, com o objectivo de encorajar as mulheres a amamentarem os seus bebés durante o maior tempo possível.

Esta preocupação invade também o discurso dos peritos, como afirmam Crossley (2009) e Taipas (2006), que defendem a amamentação com base no argumento de que esta é uma prática natural e económica. Os benefícios da amamentação também são salientados, não só os benefícios nutricionais, imunológicos e fisiológicos, mas também aqueles de carácter psicológico, designadamente o estabelecimento da vinculação (Lee, 2008; Saha, 2002; Thulier, 2009), o que transforma a sua prática numa componente essencial da *boa mãe*. Como afirma Avishai (2007, p. 137):

These campaigns promote breast-feeding as a natural, medically informed, rational, and responsible parenting choice. Supporting these campaigns, parenting books and magazines offer mothers expert advice as to why they should breastfeed (...) and how (...). The “good mother,” as she emerges from these public campaigns and expert advice, is a woman who practices exclusive breast-feeding during her infant’s first year of life.

Podemos então afirmar que, inserindo-se numa preocupação mais vasta com a qualidade da população e, mais concretamente, com a percepção da prevenção como um elemento essencial na constituição de um corpo saudável, os conselhos relativos à higiene, assim como à alimentação, têm como principais objectivos regular os comportamentos maternos e, simultaneamente, conferir às mães a responsabilidade moral pela saúde dos seus filhos.

As preocupações com a higiene e a alimentação, alvo de interesse dos peritos da primeira metade do século XX, são hoje substituídas, no que diz respeito à preservação do corpo da criança, pela preocupação com a segurança, exacerbada pela atenção dada

pelos *media* aos acidentes com crianças (Brannen, 2004; Hardyment, 2008). A principal tarefa das mães consiste, assim, em preveni-los, quer aqueles que acontecem dentro de casa, quer no seu exterior, consistindo os raptos uma das suas principais preocupações cujo uma das consequências é a limitação, de uma forma drástica, da liberdade das crianças (Hardyment, 2008).

Não são só os cuidados com o corpo, porém, que suscitam preocupação. A constituição de uma mente saudável, através da correcta educação das crianças, é um tema também frequentemente abordado pelos peritos, sobretudo a partir do momento em que as taxas de mortalidade infantil diminuem e, em resultado desse acontecimento, as atenções se deslocam para o desenvolvimento psicológico da criança. Como afirma Hardyment (2008) os manuais dos nossos dias centram-se mais nas questões relacionadas com o mente do que com o corpo, contrariamente ao que acontecia naqueles publicados no século XIX ou nas primeiras décadas do século XX.

1.2.2.3. Educação

Um dos aspectos do aconselhamento sobre a maternidade que sofreu profundas alterações, ao longo do século XX, foi a educação das crianças. Das normas rígidas do comportamentalismo, assentes na visão da criança como um ser moldável por acção do meio, na ênfase na aquisição de bons hábitos e nos perigos do amor maternal, passou-se a uma atitude centrada na criança, em que se considera o amor das mães pelos filhos como o factor mais importante para o seu desenvolvimento e se salienta a importância da satisfação das necessidades da criança para o seu bem-estar físico e psicológico, quer presente, quer futuro. Para além de profunda, esta transformação ocorre num curto período de tempo, como é visível num testemunho de uma mãe reproduzido por Ehrenreich e English (1988, p. 214):

I was serving the new vegetable to the boys. Suddenly I realized that I expected Peter, the oldest, to clean his plate. Daniel, the middle one, didn't have to eat it but he had to taste it. And little Billy, as far as I was concerned, could do

whatever he wanted.

Durante as primeiras décadas do século XX, o aconselhamento acerca das práticas educativas é dominado pelo que Ehrenreich e English (1988) designam de *modelo industrial de criação e educação das crianças*. Partindo do princípio de que a criança é um ser moldável pela acção do meio e, sobretudo, daqueles que a rodeiam, o principal objectivo do processo educativo é a sua transformação num adulto disciplinado, eficiente e preciso.

Um elemento essencial para a produção deste adulto é a regularidade, condição essencial para a aquisição de hábitos correctos, tanto físicos como psicológicos, questão que se torna num tema central dos discursos dos peritos. As mães são aconselhadas a estabelecer horários rígidos e fixos para praticamente todos os aspectos da vida dos seus filhos, desde a alimentação ao banho, que devem ser escrupulosamente cumpridos, dado que qualquer deslize pode provocar a aquisição de maus hábitos, que podem perdurar para toda a vida.

A importância atribuída à criação de bons hábitos insere-se, segundo Roberts (2004), num discurso intelectual acerca da formação do carácter em que se considera a inculcação de hábitos um elemento essencial da prática educativa.

É neste contexto que emerge uma nova corrente dentro da psicologia, o comportamentalismo, formulada por John Watson. Este autor é responsável, de acordo com Warner (2005), pela extensão dos princípios da maternidade científica para a mente da criança, e, mais do que isso, pela aplicação de um método científico à sua educação.

Baseado no conceito de condicionamento, Watson afirma que a forma como as mães interagem com as crianças determina o seu comportamento futuro (Cleverley & Philips, 1986). Ou seja, acredita que o comportamento da criança é determinado pelo comportamento da mãe e, conseqüentemente, de que para a realização de uma educação adequada das crianças basta modificar a forma como as mães agem quotidianamente na presença dos seus filhos.

Os comportamentalistas defendem que todos os aspectos relacionados com a criação e educação da criança devem ser realizados de uma forma objectiva, racional, de

acordo com horários e rotinas pré-estabelecidos, devendo as mães ter o cuidado de não se deixarem comandar pelo lado afectivo, ou seja, pelo instinto maternal (Grant, 1998; Stearns, 2003; Thurer, 1995; Warner, 2005). As mães são aconselhadas a punir os comportamentos indesejáveis e a recompensarem aqueles considerados como adequados, a não manifestar demasiado afecto pelas crianças, tratando-as como pequenos adultos, de forma a que não fiquem “mimadas”, a não permitirem que as crianças as manipulem, através, por exemplo, do choro.

Subjacente a esta abordagem está a percepção da criança como pouco mais do que um conjunto de reflexos e apetites, uma máquina, cujo comportamento pode ser regulado e direccionado pela mãe (Beekman, 1977; Grant, 1998; Hardyment, 2008). A regulação do comportamento, o seu condicionamento, deve ser iniciado logo após o nascimento, pois, para Watson, os primeiros três anos são essenciais para o desenvolvimento emocional da criança, determinando-se nesse período o seu futuro enquanto adulto (Hulbert, 2004; Stearns, 2003). Como ele próprio afirma, “at three years of age the child's whole emotional life plan has been laid down, his emotional disposition set” (Watson, citado por Stearns, 2003, p. 24).

Dado que nos primeiros anos a educação das crianças é considerada responsabilidade da mãe, a saúde mental da criança vai depender, de acordo com esta perspectiva, dos comportamentos da mãe para com ela. Assim sendo, se a criança apresenta comportamentos inadequados isso deve-se ao facto da mãe não ter interagido correctamente com o seu filho, sendo o *amor maternal* a causa de maior parte dos problemas. Para Watson o amor maternal, observável no excesso de solicitude da mãe para com a criança, na dificuldade em ministrar-lhe uma educação objectiva e racional constitui um perigoso instrumento, “An instrument which may inflict a never healing wound, a wound which make infancy unhappy, adolescence a nightmare, an instrument which may wreck your adult son or daughter's vocational future and their chances for marital happiness. (Watson, citado por Hulbert, 2004, p. 124). Culpabilizada, pelos médicos, pelos males físicos que afligiam o seu filho, a mãe vai assim ser responsabilizada, também, pelo seu bem-estar psicológico.

A defesa da utilização de normas rígidas, altamente calendarizadas e com um carácter quase universal, característica da abordagem comportamentalista, é substituída,

a partir de meados do século XX, sob a influência da psicologia do desenvolvimento e da teoria psicanalítica, pela defesa de uma atitude mais permissiva, mais flexível, centrada nas necessidades individuais de cada criança. Como afirma Grant (1998, p. 45) “professionals would insist that mothers should gratify rather than regulate early children's desires”.

Esta atitude mais permissiva é visível, por exemplo, nas questões relacionadas com a disciplina (Stearns, 2003). As mães são aconselhadas a reforçar positivamente os bons comportamentos, pois assim as crianças têm tendência a repeti-los, a colocar limites, não devendo contudo esperar uma obediência total da criança às regras por elas impostas. Desobedecer, tentar satisfazer os seus desejos, é considerada uma tendência natural da criança que as mães devem contrariar não através da punição, mas sim da sugestão e da persuasão, de forma a desenvolver na criança a capacidade de auto-regulação (Kitchens, 2007).

Mais concretamente, quando as crianças desobedecem ou assumem comportamentos inadequados, as mães devem conversar com elas, explicando-lhes porque é que não se devem comportar dessa forma, estando disponíveis para ouvir as suas justificações, de forma a compreender o que levou a criança a comportar-se desse modo.

Esta transformação resulta de uma nova atitude em relação à criança e da consequente democratização das relações familiares. A criança deixa de ser percebida como um ser moldável, onde as mães podem inscrever os princípios morais, para passar a ser encarada como um parceiro, com o qual é preciso negociar. Como afirma Singly (2000, p. 151) “na família contemporânea, a noção de respeitado não desapareceu, mas mudou de sentido. Ela marca agora o reconhecimento não de uma autoridade superior mas do direito de qualquer indivíduo, pequeno ou grande, a ser considerado uma pessoa”.

Na base desta nova forma de encarar a criação e educação das crianças vai estar também a noção de que estas são diferentes entre si, diferenças essas que deverão ser conhecidas e respeitadas pelos seus educadores, sendo a principal função da mãe a satisfação das necessidades dos seus filhos (Apple, 2006; Ehrenreich & English, 1988;

Franzblau, 1999; Grant, 1998; Hays, 1996; Pitt, 2002; Pugh, 2005; Thurer, 1995). Ou seja, a substituição da ideia de que a educação das crianças se deve realizar através do seguimento de normas universais, pela defesa do respeito pela individualidade de cada pessoa, pela sua especificidade.

As mães tornam-se assim observadoras atentas dos seus filhos, de forma a perceber quais as suas necessidades concretas em cada momento específico do seu desenvolvimento, para poderem satisfazê-las e, desta forma, contribuírem para o seu crescimento harmonioso. Segundo Hoffman (2003) a mensagem que é transmitida aos pais é que a compreensão da individualidade da criança é um elemento essencial para o seu desenvolvimento.

O principal divulgador desta mensagem, não é, porém, um perito *psi*, mas sim um médico, com formação em psicanálise, Benjamin Spock, autor do livro *Baby and Child Care*, manual com base no qual foram educadas, não só nos E.U.A., mas também na Europa, várias gerações de crianças. Como afirma Hulbert (2004, p. 226) “no other childrearing guru could compare, much less compete with him”.

O seu sucesso deve-se, por um lado, a uma atitude mais empática em relação às mães, a quem aconselha “confiem nas vossas capacidades” pois “sabe mais do que imagina” (Spock, 1997), ou seja, à sugestão de que são capazes de resolver os problemas com que se deparam e, por outro, ao facto de libertar as mães da tirania do comportamentalismo (Apple, 2006; Hulbert, 2004; Stearns, 2003; Warner, 2005). Spock defende que as crianças possuem a capacidade de se auto-regularem, razão pela qual não necessitam que lhes sejam impostas rotinas rígidas, mas sim que os pais estejam atentos às suas necessidades e disponíveis para as satisfazerem.

O conceito de *necessidade* é um elemento central nesta nova forma de abordar a criação e educação das crianças. Consideradas uma característica natural da criança, as suas necessidades são observáveis através do comportamento e a sua satisfação constitui um elemento essencial para o seu desenvolvimento psicológico (Woodhead, 1999). Este conceito tem ainda implícita a ideia de que a mãe é a pessoa mais adequada, pelo menos nos primeiros anos, para satisfazer estas necessidades, devendo estar, como refere Pitt (2002), constantemente disponível, física e mentalmente, para exercer essa função.

O conhecimento e a satisfação das necessidades da criança – de amor e segurança, de novas experiências, de elogios e de reconhecimento, de responsabilidade (Pringle, 2000) – constitui, na segunda metade do século XX, o tema central do discurso dos peritos da infância, que é transmitido às mães através dos manuais (Hays, 1996, Marshall, 1994), das revistas, da rádio e da televisão (Apple, 2006; Clarke-Stewart, 1998, Earle, 2003; Franzblau, 1999). É de realçar que esta transformação na forma como se entende a educação das crianças ocorre numa época de prosperidade económica em que, como afirma Hardyment (2008), as mães têm mais tempo livre, devido à introdução de um conjunto de electrodomésticos como, por exemplo, o aspirador e a máquina de lavar roupa, que reduzem consideravelmente o tempo gasto nas tarefas domésticas e, simultaneamente, possuem mais dinheiro para gastar com os seus filhos (Hardyment, 2008).

As mães são, assim, aconselhadas a proporcionar um ambiente carinhoso e afectuoso às crianças (Brannen, 2004; Grant, 1998), essencial para satisfazer as suas necessidades de amor e segurança; a elogiar os seus filhos e a apoiá-los, de forma a desenvolver a auto-confiança e a promover a auto-estima (Stearns, 2003); e, sobretudo a partir dos anos 60, a promover o seu desenvolvimento cognitivo.

Esta preocupação com o desenvolvimento intelectual da criança marca um ponto de ruptura com a visão do desenvolvimento dominante até ao momento. Ou seja, a ideia de que o desenvolvimento se dá através dum processo de maturação, que segue as suas leis naturais e é, portanto, impossível de *acelerar*, como afirma, por exemplo, Gesell (1979), é substituída pela noção de que o desenvolvimento cognitivo das crianças não só pode, como deve ser estimulado pelos pais.

Na origem desta transformação está o desenvolvimento da psicologia cognitiva, assim como o desenvolvimento tecnológico que permite avaliar as capacidades das crianças, nomeadamente bebés e recém-nascidos, que nos anos 60, modificam a imagem que se tem da criança pequena, designadamente no que diz respeito às suas competências cognitivas. Como afirma Burman (2000, p. 24) “the 1960s saw a change of model from an incompetent infant assumed to know nothing, to a competent infant depicted as arriving already equipped with or at least predisposed to acquire, sophisticated skills”.

Esta transformação na forma como a criança é encarada vai ter consequências ao nível do aconselhamento. Enquanto até aí as mães são alertadas contra os perigos da precocidade e do excesso de estimulação (Apple, 2006; Cahan, 2006; Rawlins, 2006), a descoberta da importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento intelectual da criança coloca nas mãos das mães a responsabilidade pelo desempenho futuro do seu filho, sendo estas agora aconselhadas a proporcionar-lhe, a partir do momento em que nasce, o maior número possível de experiências educativas (Chamboredon & Prévot, 1982; Hardyment, 2008; Hays, 1996; Marshall, 1994; Rose, 1999a; Warner, 2005).

As preocupações pedagógicas invadem, assim, o quotidiano das mães e das crianças, que é transformado num complexo de oportunidades educacionais, ou seja, todos os momentos, desde a alimentação ao banho, passam a ser encaradas como situações de aprendizagem, assistindo-se ao que Buckingham e Scanlon (2001) designam de “curricularização” da aprendizagem doméstica. Como descreve Rose (1999a, p. 202):

In the educationally stimulating home, every aspect of the daily routine, from breakfast to bedtime, is turned to cognitive account and visualized as a learning experience, promoting thought, language, science, maths, perception, and creativity, safeguarding the brain of the child against deadening assaults of illness, boredom, and conformity.

Os programas de educação maternal focam-se, então, na difusão de técnicas pedagógicas cujo principal objectivo é a estimulação cognitiva da criança, desde o seu nascimento, e o mercado responde às novas necessidades das mães e das crianças pondo à sua disposição um conjunto de materiais pedagógicos – livros, brinquedos, jogos – que deverão utilizar, desde idades muito precoces, com a finalidade de maximizar o potencial intelectual dos seus filhos (Chamboredon & Prévot, 1982; Rose, 1999a).

Para além da estimulação cognitiva, as mães devem também satisfazer as necessidades de amor e segurança das crianças, proporcionando-lhes uma atmosfera afectuosa, essencial para o seu desenvolvimento. Como afirmava Spock (citado por Ehrenreich & English, 1988, p. 220) “children raised in loving families *want* to learn,

want to conform, want to grow-up”. O amor, o elogio e o reconhecimento também são considerados elementos essenciais para o desenvolvimento da auto-estima, entendida como um índice de saúde mental (Beekman, 1977).

Segundo Groenendijk e Bakker (2002) a questão do amor e do afecto é, desde sempre, um tema central do aconselhamento às mães. Incentivadas a demonstrá-lo, no século XIX, através da sua dedicação à função maternal e da capacidade de inculcar bons hábitos nas crianças, no início do século XX, o amor pelos filhos é entendido como o auto-controlo racional, por parte das mulheres, que assim evitam o desânimo dos seus filhos, o excesso de mimo e a negligência emocional.

No período pós II-Guerra Mundial, por influência das teorias psicanalíticas e da vinculação, pegar nas crianças, acariciá-las, é entendida como a forma mais correcta de demonstrar o amor pelos filhos e, assim, satisfazer a sua necessidade de amor e de segurança, assistindo-se a uma valorização da proximidade e do contacto físico entre pais e filhos (Groenendijk & Bakker, 2002).

A criança e as suas necessidades transformam-se, na segunda metade do século XX, no centro da vida familiar, ou, mais concretamente, da vida da mãe, as relações entre pais e filhos tornam-se mais afectuosas e democráticas e a maternidade passa a ser entendida como uma tarefa a tempo inteiro exigindo, como defende Hays (1996), um considerável investimento não só afectivo e monetário, mas também uma maior disponibilidade de tempo.

Contudo, o que nos revela a análise realizada por Hardyment (2008) aos manuais editados nos anos 90 e 2000, é que esta imagem da mãe como a principal responsável pela criação e educação das crianças está em transformação, como Hays (1996) já havia referido. Mais concretamente, desde os anos 80 que se verifica a atribuição de uma importância crescente ao pai, sendo transmitida a imagem de um Novo Homem, activamente envolvido na prestação de cuidados aos seus filhos, não só para benefício da criança, como também para benefício da mãe e dele próprio.

Esta imagem é ainda divulgada nos media, designadamente através do cinema, constituindo o filme *Kramer contra Kramer*, a história de um homem que luta pela custódia do seu filho, um dos primeiros filmes a revelar esta nova imagem de pai que se

está a construir na sociedade dos nossos dias (Hardyment, 2008).

Outro aspecto referido por Hardyment (2008) é a emergência do que designa de *Green Parenting*, a que se associam práticas como o parto natural, a amamentação prolongada, o retorno às fraldas de pano, a alimentação orgânica que, tendo surgido como um movimento alternativo, se tornou hoje socialmente aceite. Muitas destas mães aderem ainda ao que é designado de *attachment parenting* (Bobel, 2002), designação criada no final dos anos 80 por William e Martha Sears, um casal de profissionais de saúde, que têm publicado vários manuais sobre a criação e educação das crianças, para além de divulgarem as suas ideias através de uma página da Internet, sugestivamente intitulada *Ask Dr. Sears*.

O seu método educativo pode, segundo Bobel (2002), ser resumido em cinco pontos principais: (1) estabeleça uma ligação com o seu bebé o mais cedo possível; (2) reconheça e responda aos sinais emitidos pelo seu filho; (3) traga o seu bebé o mais possível junto de si, utilizando de preferência um *slings*¹⁸; (4) amamente o seu bebé; e (5) durma com o seu filho. Embora alvo de contestação, estas práticas têm-se difundido, designadamente entre as mulheres que aderem ao modelo designado de *Green Parenting* (Hardyment, 2008) ou *maternidade natural* (Bobel, 2002) e que, segundo Green e Groves (2008), parecem ser um grupo em expansão.

Pelo que foi atrás exposto, podemos afirmar que a emergência e o desenvolvimento dos discursos médico e psicológico acerca das práticas de criação e educação das crianças, ao possibilitar um melhor conhecimento da realidade da maternidade, vai também permitir a legitimação de novas formas de intervenção junto das famílias e, mais concretamente, de novas estratégias reguladoras da relação mãe-criança, assim como a crescente valorização dos discursos dos peritos. O conhecimento dos princípios científicos de criação e educação das crianças transforma-se numa característica inerente a qualquer *boa mãe* que deve procurar activamente o que de mais recentemente se produz acerca do desenvolvimento infantil. Como afirma Grant (1998, p. 2):

¹⁸ Porta-bebés em pano que permite que o corpo da criança esteja em contacto com o corpo da mãe e, simultaneamente, libertar as mãos da mulher para que ela possa realizar outras tarefas.

The ideal mother is expected to know that two years-old can be 'terrible', that it is important to read to small children, and that children should not be toilet-trained before they are developmentally prepared for it. But she must also be ready to change some of her child-rearing practices when the experts chance upon new findings suggesting that current practices may impede her children's development.

Apesar dos peritos procurarem dar respostas às principais preocupações das mães no que diz respeito à criação e educação dos seus filhos - assegurar a sua sobrevivência, promover o seu desenvolvimento e educá-los de forma a que se tornem adultos socialmente aceites (Ruddick, 1989) – as mães não adoptam passivamente os discursos e as normas formuladas, resistindo e contestando alguns aspectos desta intervenção.

Um dos resultados dessa contestação, designadamente das críticas feministas à medicalização da maternidade, é a transformação do modo como os peritos se dirigem às mães (Apple, 2006; Knibiehler, 1997). Enquanto na primeira metade do século XX estes assumem um tom autoritário, ditando prescrições que esperam ver cegamente obedecidas, a partir de meados do século XX, e sobretudo nas suas últimas décadas, os peritos, embora não abandonando um tom paternalista, começam a encarar as mulheres como parceiras e a criação e educação das crianças como um projecto a ser realizado em conjunto, reconhecendo que as mães devem ser envolvidas nas decisões acerca da criação e da educação das crianças.

Contudo, tal não deve ser interpretado como uma diminuição do seu poder ou do interesse pela educação parental. Como afirmam Barlow e Stewart-Brown (2001) na década de 90 assistiu-se a um interesse crescente pela implantação de programas de educação parental. Segundo Smith (1997) o estabelecimento de uma relação entre comportamentos indesejáveis nas crianças e o desempenho dos pais está na origem da renovação do interesse pela educação para a paternidade, visível na criação de programas cujo principal objectivo é a promoção das competências parentais, de *empowerment*, contrariamente ao que acontece anteriormente, em que este tipo de iniciativas tinha como principal finalidade a transmissão passiva de conhecimentos e, sobretudo, de regras a seguir na criação e educação das crianças.

O interesse pela educação parental não se restringe, porém, somente aos peritos, estendendo-se também aos pais que procuram, desta forma, adquirir conhecimentos cientificamente fundamentados sobre a criação e educação das crianças. De facto, como diversos estudos têm comprovado (Apple, 2006; Ateah, 2003; Civitas et al., 2000; Geboy, 1981; Hays, 1996; Litt, 2000; Schwalb et al., 1995; Smith, 1997; Walker, 2005), o recurso aos peritos como fonte privilegiada para a aquisição de conhecimentos e esclarecimentos de dúvidas acerca da criação e educação das crianças continua a fazer parte do quotidiano de um grande número de mães. Tal significa que, apesar da crítica crescente à medicalização da maternidade, a crença de que os comportamentos maternos devem ter por base o conhecimento científico, condiciona e determina a vida de grande parte das mulheres, que procura activamente informação e aconselhamento acerca da melhor forma de criar e educar os seus filhos.

I.2.3. Experiência da maternidade

Tal como foi anteriormente referido, a forma como as mulheres entendem e vivenciam a maternidade é determinada pelo contexto sócio-cultural em que são mães e, mais concretamente, pelo modelo dominante de maternidade. Como conclui Monteiro (2005) no seu estudo acerca da experiência de maternidade em mulheres trabalhadoras, pertencentes a diferentes classes sociais, o modelo dominante de maternidade condiciona as suas práticas, o que a leva a afirmar que as suas ideias sobre a maternidade se encontram associadas “a representações e condutas socialmente determinadas” (p. 228).

Assim, é possível inferir que os princípios subjacentes a esta concepção – de que a mãe é a principal responsável pelo seu filho; de que os comportamentos maternos devem ter por base o conhecimento científico; e, de que o principal objectivo da educação da criança é a satisfação das suas necessidades – determinam e condicionam a experiência da maternidade no mundo ocidental.

1.2.3.1. Responsabilização da mãe pela satisfação das necessidades da criança

A análise da experiência da maternidade, efectuada por diversos autores (Bobel, 2002; Boulton, 1983; Elvin-Nowak, 1999; Elvin-Nowak & Thomsson, 2001; Hattery, 2001; Hays, 1996; Liamputtong, 2006; Lupton, 2000; McMahon, 1995; Monteiro, 2005; Swanson & Johnston, 2003), permite verificar que a crença na ideia de que a mãe é a principal responsável pela criação e educação das crianças, devendo assegurar a satisfação das suas necessidades, está presente na grande maioria das mulheres, independentemente da classe social, etnia, religião e estatuto perante o trabalho. Tal significa, segundo Boulton (1983), que o quotidiano das mães é dominado pelas questões relacionadas com as crianças, estando a satisfação das necessidades dos seus filhos no centro das suas preocupações diárias.

Como afirma Lupton (2000), referindo-se aos resultados obtidos no seu estudo acerca de mães primíparas, para a maioria das participantes a mãe ideal é aquela que tem uma presença constante junto dos filhos e cuja principal prioridade é a satisfação das necessidades da criança.

Este sentimento de responsabilidade pela criação e educação das crianças incute nas mulheres sentimentos contraditórios, estando na origem de um discurso paradoxal sobre a maternidade (Aiston, 2005; Elvin-Nowak, 1999; Erickson & Aird, 2005; Hays, 1996; Liamputtong, 2006; Lupton, 2000; Monteiro, 2005). Mais concretamente, a maternidade é vista não só como fonte de satisfação e de gratificação pessoal, mas também como fonte de ansiedade e de sentimentos de culpa.

No estudo realizado por Erickson e Aird (2005) a grande maioria das participantes (81%), quando inquiridas sobre o grau de satisfação com a sua vida enquanto mães, respondem que se sentem muito satisfeitas, o que pode derivar, segundo Lupton (2000), do estabelecimento de uma relação de proximidade com o seu filho.

No que se refere ao sentimento de culpa, este tem sido identificado, em diversos estudos (Ducan, Edwards, Reynolds & Alldred, 2003; Elvin-Nowak, 1999; Hattery, 2001; Monteiro, 2005; Rubin & Wooten, 2007), como parte integrante da vida da

maioria das mães. Segundo Elvin-Nowak (1999) a culpa que as mulheres sentem quotidianamente, de uma forma repetitiva, está associada ao sentimento de vergonha por não serem *mães suficientemente boas*, ou seja, por trabalharem fora de casa e, conseqüentemente, não estarem sempre disponíveis para satisfazer as necessidades dos seus filhos.

Contudo, este sentimento parece estar mais generalizado, como Rubin e Wooten (2007) demonstram no seu estudo acerca de mães domésticas. As participantes neste estudo expressaram muitas vezes este tipo de sentimentos, afirmando que sentiam que não faziam o suficiente pelos seus filhos, expressando também sentimentos de vergonha e conflito por não trabalharem.

Monteiro (2005) refere ainda a incapacidade que as mães sentem de estar permanentemente à altura do modelo ideal de maternidade, ou seja, a adopção, por vezes, de comportamentos e procedimentos educativos diferentes daqueles que são considerados os correctos e a percepção que têm da influência que estes poderão ter no bem-estar presente e futuro do seu filho, como uma fonte de sentimentos de culpa.

A apropriação da ideia de que a mãe é a principal responsável pela criação e educação do seu filho e pela satisfação das suas necessidades, característica comum a todas as mães, parece estar, assim, na origem de sentimentos ambivalentes perante a maternidade, que é vista simultaneamente como uma fonte de prazer e de culpa. São, ainda, estes sentimentos de responsabilidade e de culpa que, segundo McMahon (1995), conduzem as mães à procura de informação especializada que as auxilie nesta tarefa de criação e educação das crianças.

Contudo, tal como refere Apple (2006), a obtenção deste tipo de informação pode ter um duplo efeito. Enquanto para algumas mulheres esta intervenção, e mais concretamente a aquisição deste tipo de conhecimento, é entendida como uma forma de fortalecer o seu papel na criação e educação das crianças, ou seja, de poder, para outras mães pode ser desencorajadora, no sentido em que pode dar origem a sentimentos de incompetência, de dúvida e de insegurança.

1.2.3.2. A aquisição de conhecimento científico como uma componente essencial da maternidade

A existência de um sentimento de insegurança, por parte das mulheres, relativamente ao seu papel enquanto mães, parece ser, pelo menos no mundo ocidental, um fenómeno em expansão, causado não só pela crescente intervenção dos peritos, mas também pela crença de que os comportamentos maternos devem ter origem no conhecimento científico.

Num estudo realizado nos EUA, em 2000, é perguntado às mães até que ponto se sentem preparadas para o desempenho dessa tarefa quando do nascimento do primeiro filho, tendo sido verificado que 36% das mães referem sentir-se preparadas; 31% moderadamente preparadas e 33% que não se sentem preparadas. Conclui-se, assim, que mais de metade das mulheres inquiridas afirmam não se sentir completamente preparadas para o exercício da função maternal (Civitas et al., 2000).

Causado, em parte, pela ênfase constante na incapacidade das mães para educarem os seus filhos, em simultâneo com a sua responsabilização pelo seu bem-estar físico e emocional, mas também por transformações demográficas, que impossibilitam para muitas mulheres o contacto diário com crianças pequenas antes de serem mães, este sentimento de insegurança conduz à procura, principalmente por aquelas que são mães pela primeira vez, de informação acerca da gravidez, do parto e de aspectos relacionados com a criação e a educação dos seus filhos. Como afirma Monteiro (2005, p. 93):

A mulher confrontada que é com a sua criança, ou mesmo antes com a sua gravidez, dá-se conta de que existe um conjunto de aprendizagens a realizar, de que tem que preparar-se para ser uma ‘boa mãe’, procurando informações e conselhos junto de variadas fontes. Ela sente que se tem de tornar ela própria na grande especialista do seu filho, desenvolvendo um modelo de cuidados baseado no conhecimento e relação entre ambos, conciliando afecto e ‘saber’, ou seja, amor, estudo e cuidados adequados.

Tendo esta informação sido obtida essencialmente através de redes informais de suporte - de mãe para filha, de irmã para irmã, de amiga para amiga -, assiste-se, ao longo do século XX, a uma valorização crescente do conhecimento científico e, conseqüentemente, dos conselhos dados pelos peritos. De acordo com Arnup (1994) são vários os factores que contribuem para esta procura de informação especializada por parte das mulheres: o processo de urbanização que, ao provocar o afastamento das famílias de origem, conduz à vivência isolada da maternidade; a diminuição da taxa de natalidade que, estando relacionada com a diminuição de número de filhos por casal, tem como consequência a redução do número de mulheres que assistem e participam na criação e educação dos irmãos mais novos; o surgimento das revistas de divulgação com informação acerca da criação e da educação das crianças; e, por último, o surgimento de instituições – fruto quer da iniciativa privada, quer do Estado – que tendo como principal objectivo a protecção à maternidade e à infância, são responsáveis por diversas iniciativas cuja principal finalidade é a normalização dos comportamentos maternos.

Grant (1998) refere também a medicalização da maternidade como um dos factores que poderá ter contribuído para uma maior procura, designadamente por parte das mães das classes mais desfavorecidas, de informação especializada. Mais concretamente, a procura de consultas regulares de pediatria, cujo principal objectivo não é o tratamento da criança doente, mas sim a monitorização do seu desenvolvimento - e conseqüentemente a vigilância e a transmissão dos preceitos científicos de criação e educação das crianças às mães -, está relacionada, segundo esta autora, com o aumento dos partos hospitalares.

Por último, é ainda de acrescentar que a difusão pelos *mass media* das etapas de desenvolvimento e de comportamento das crianças *normais*, veiculadas pela psicologia, pode ter constituído um dos factores responsável pela valorização do recurso aos peritos em detrimento do recurso a fontes informais (Rose, 1999a).

Hoje em dia as mães identificam-se a si próprias como investigadoras que procuram, através da leitura dos livros e das revistas, cujo principal objectivo é a divulgação do conhecimento científico acerca da criação e educação das crianças, preparar-se da melhor forma para o desempenho da função maternal. Tal como afirma Bailey (1999):

many women undertook copious amounts of reading about pregnancy and in preparation for the birth. They talked of themselves as ‘researchers’, or as engaged in a kind of ‘revision’. Moreover, they affirmed the importance of knowledge and understanding – rather than, say, intuition – in enabling them to stay in ‘control’ during labour and to mother effectively (p. 343)

Contudo, o grau de procura de informação especializada, assim como a utilização que dela se faz, não é uniforme em toda a sociedade (Grant, 1998; Hays, 1996; Litt, 2000). A classe social, a localização geográfica, o nível de literacia e o acesso aos cuidados médicos são factores dos quais depende o maior ou menor acesso das mães aos peritos e aos seus conselhos relativos à criação e educação das crianças, sendo que as mães da classe média urbana são aquelas que têm um acesso mais fácil a este tipo de informação (Grant, 1998). A *ignorância* das mães em relação aos conhecimentos divulgados pelos peritos aumenta, segundo Boltanski (1977), à medida que se desce na escala social. Contudo, tal não significa que estas mães não se preocupam com a criação e a educação dos seus filhos, mas sim que seguem outras regras e obedecem a outras normas.

Mais concretamente e no que diz respeito à sujeição às normas associadas à concepção dominante de maternidade, ou seja, àquelas ditadas pelos peritos, Grant (1998) defende que as mulheres brancas pertencentes às classes mais favorecidas são aquelas que se preocupam mais em segui-las. O modo como se exerce a função maternal pode assim ser entendido, como afirma Hoffman (2003), como uma forma de capital simbólico, funcionado como um modo de exclusão/inclusão num determinado grupo social. A interiorização da concepção dominante de maternidade pelas mães das classes mais favorecidas tem, assim, como consequência a exclusão daquelas que, pelos mais variados motivos, estão impedidas de aceder ao ideal de *mãe moderna*. Mais concretamente, os modelos de maternidade que não se conformam com a concepção dominante são socialmente desvalorizados (Litt, 2000).

O facto das mulheres brancas pertencentes à classe média incorporarem mais facilmente as normas ditadas pelos peritos deve-se, por um lado, ao nível educativo destas mães, que é mais elevado, e à sua mais fácil identificação com a classe dos

profissionais e, por outro, ao facto de muitas destas mulheres terem crescido em famílias mais pequenas, por comparação com as mães pertencentes às classes mais desfavorecidas ou às mães imigrantes e, conseqüentemente, para além de terem pouca experiência na criação e educação das crianças, possuem uma fraca rede de parentesco capaz de fornecer assistência e segurança (Grant, 1998). A autora acrescenta ainda que o facto das mães das classes mais favorecidas não necessitarem de ter como preocupação a sobrevivência diária das crianças está intimamente relacionado com o maior interesse, presente nestas mães, com o bem-estar emocional dos filhos.

Tal poderá também estar relacionado com o facto de ser precisamente a estas mães que se dirige a maior parte da literatura acerca da criação e educação das crianças, designadamente os manuais de puericultura e as revistas de *educação familiar*. Tal é visível no tipo de instruções que são dadas, assim como nos recursos que se pressupõe que as mães possuem de forma a realizá-las (Apple, 2006; Pessoa, 2005).

Relativamente às mães das classes mais desfavorecidas, o facto de as questões colocadas pelos peritos não estarem directamente relacionadas com as suas necessidades poderá contribuir para o seu *não seguimento* (Grant, 1998).

No que se refere à utilização e avaliação da informação obtida existe uma divergência de opiniões. Enquanto alguns autores defendem que as mães seguem as prescrições dos peritos no seu quotidiano, outros afirmam que não se pode estabelecer uma relação linear entre aconselhamento e práticas educativas (Grant, 1998). Parece, contudo, que a maioria das mães, independentemente das suas circunstâncias de vida, as submete ao teste da realidade, aplicando-as de uma forma selectiva e excluindo aquelas que não funcionam.

De acordo com Grant (1998) a necessidade de confrontar os discursos com a realidade poderá também estar relacionada com o facto de os próprios peritos nem sempre estarem de acordo sobre as estratégias a utilizar na criação e educação das crianças e até, inclusivamente, em relação à necessidade da existência de estratégias específicas: “os especialistas nem sempre estão de acordo. Quanto ao tema dos cuidados que a mãe presta ao filho, alguns pensam que basta seguir o instinto, o bom senso. Outros consideram-na incapaz que há que enquadrar numa forte medicalização”

(Segalen, 1999b, p. 190).

Relativamente aos vários tipos de fontes de informação utilizadas pelas mães, os estudos realizados (Civitas et al., 2000; Geboy, 1981; Shwalb et al., 1995; Walker, 2005) permitem verificar que as mães tanto recorrem a fontes informais, cônjuge, pais ou amigos, como a fontes formais, pediatra, livros e revistas acerca da criação e educação das crianças. Tal como afirmam Shwalb et al. (1995) as mães conversam com os seus amigos e com os seus parentes, designadamente com os seus pais, lêem livros e revistas e recorrem ao médico da criança, ou seja, alternam entre fontes formais e informais, consoante a sua disponibilidade, assim como o problema que se lhes coloca.

Num estudo realizado por Walker (2005) verifica-se que a maioria dos participantes utiliza fontes formais, entre as quais se destacam os médicos e as enfermeiras, consultados por 90% dos participantes, assim como fontes informais, sendo os avós as pessoas a quem mais recorrem (80%), aos quais se seguem os amigos (70%).

Segundo Walker (2005) a utilização de múltiplas e variadas fontes pode ser atribuída ao facto de estas possuírem diferentes características e, portanto, serem percebidas como complementares. Enquanto as fontes informais estão mais disponíveis e oferecem muitas vezes conselhos derivados da sua experiência pessoal que podem ser adaptados às necessidades dos pais, os peritos, menos acessíveis, fornecem uma informação mais objectiva, com um carácter científico. As revistas e os livros, escritos na maioria dos casos por peritos, têm, por sua vez, a vantagem de estar disponíveis sempre que os pais necessitam, podendo ser consultados na privacidade doméstica.

Os estudos realizados por Geboy (1981) e Urwin (citados por Arnup, 1994) permitem ainda verificar que aquilo que os pais lêem exerce, de facto, impacto nas suas práticas. Geboy (1981) refere que 56,5% dos sujeitos por ele inquiridos afirmam ter modificado o seu comportamento, indicando que se tinham tornado mais pacientes e compreensivos em relação aos seus filhos. Por sua vez Urwin (citado por Arnup, 1994) confirma que existe, por parte das mães e em virtude do recurso a informação especializada, a internalização de alguns conceitos produzidos pelos peritos, neste caso,

conceitos derivados da psicologia, como, por exemplo, o conceito de *privação maternal*, que tinha impacto não só na forma como as mães percepcionavam o desenvolvimento dos filhos, mas também na forma como geriam o tempo que passavam com eles.

Hays (1996, p. 73) verifica que, apesar da maioria das mães por ela entrevistadas referir que os manuais acerca da criação e educação das crianças constituem a sua principal fonte de informação, estas afirmam não confiar plenamente no discurso dos peritos, invocando para tal as seguintes razões: 1) os conselhos dados pelos peritos não se aplicam aos seus problemas quotidianos; 2) as mulheres que passam, com sucesso, pela experiência da maternidade merecem a sua confiança; 3) os conselhos dados pelos peritos são inadequados, uma vez que não têm em conta as especificidades do seu filho, tomando como ponto de partida uma criança virtual. Para além destes motivos, algumas mães referem que apesar de considerarem alguns conselhos úteis, têm muita dificuldade em colocá-los em prática.

A existência de informação contraditória relativamente ao mesmo assunto, constitui ainda outro problema com que se deparam as mães. Walker (2005) verifica que, perante este facto as mulheres recorrem a várias estratégias: procuram mais informação sobre o tema; confiam no seu próprio instinto ou na sua experiência; ou optam por ignorar uma ou ambas as fontes de informação.

Podemos então afirmar que, apesar da ideia de que a função maternal exige a aquisição de conhecimento científico modelar a experiência da maternidade, tal como defende Hays (1996), as mães não são seres passivos que seguem, sem qualquer tipo de questionamento ou reflexão, as normas ditadas pelos peritos acerca da criação e educação das crianças. Pelo contrário, reflectem sobre aquilo que lêem, vêem e ouvem e apropriam-se desse conhecimento, transformando-o e adequando-o à sua própria realidade, exercendo a função maternal de uma forma única.

Em suma, o que os estudos acima referidos têm em comum é o facto de demonstrarem que a concepção dominante de maternidade influencia a forma como as mulheres representam e exercem a função maternal, ou seja, como afirma Monteiro (2005, p. 228), que a entendem como um “desafio no qual procuram colocar toda a sua

dedicação no sentido de se aproximarem do modelo dominante”, independentemente da classe social, da etnia, da religião ou do seu estatuto perante o trabalho. Ou seja, de que os discursos dominantes sobre a maternidade, objecto de análise deste trabalho, influenciam a forma como as mães desempenham a função maternal.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Este estudo, tal como o título indica, tem como objecto de análise os discursos sobre a representação e a prática da maternidade, veiculados pelas *revistas de educação familiar* (Nóvoa, 1993) publicadas em Portugal na segunda metade do século XX, mais concretamente, em dois períodos distintos, que passaremos a designar de 1º Período: 1945 a 1958 e 2º Período: 1994 a 2007.

Gostaríamos ainda de salientar que se parte do princípio de que essas revistas não são registos históricos objectivos de uma realidade, mas sim veículos de disseminação de um determinado ideal de *boa mãe*, quer ao nível da concepção de maternidade, ou seja, das funções que lhe são atribuídas, quer ao nível das práticas de geração, criação e educação das crianças em idade pré-escolar, dimensões que serão objecto de análise neste estudo.

II.1. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Tal como foi referido na Introdução, os objectivos deste estudo são os seguintes:

- Caracterização e análise do discurso veiculado nas *revistas de educação familiar* sobre as concepções e as práticas de maternidade, no período compreendido entre 1945 e 1958;
- Caracterização e análise do discurso veiculado nas *revistas de educação familiar* sobre as concepções e as práticas de maternidade, no período compreendido entre 1994 e 2007;
- Análise comparativa dos discursos veiculados nos dois períodos de tempo estudados.

II.2. TEMPORALIDADE DO ESTUDO

Tal como mencionámos na Introdução, neste estudo optou-se por uma perspetivação histórica, não nos centrando somente no momento actual. Tal deve-se ao facto de acreditarmos que o conhecimento do passado facilita a compreensão do presente, ou seja, como afirma Rose (1999b), permite-nos questionar aquilo que sabemos, quem somos, para além de nos permitir compreender melhor o porquê da emergência de determinadas normas sociais que regulam quotidianamente o nosso comportamento.

Assim, para além da caracterização e análise no momento presente, 1994 a 2007, que designámos de 2º Período, dos discursos sobre a representação e a prática da maternidade veiculadas através de *revistas de educação familiar*, optámos por analisar também o período compreendido entre 1945 e 1958, que designámos de 1º Período.

Em relação ao 1º Período: 1945 a 1958 é de referir que inicialmente se tinha optado pelo ano de 1960 como limite superior, de forma a abranger o período geralmente designado de *anos 50* (Judt, 2006), ou seja, os 15 anos que decorrem entre o final da II Guerra Mundial e o início da década de 60. Contudo, o facto de uma das fontes utilizadas no nosso trabalho, a revista *Os Nossos Filhos*, deixar de ser publicada mensalmente em 1959, ano em que só é editado um número, periodicidade que não se altera até 1964, em que termina a sua publicação, teve como consequência a alteração desse limite, razão pela qual o 1º Período termina em 1958, ou seja, no momento em que a periodicidade desta revista é alterada.

A opção pelos anos 50, e não por qualquer outro período do século XX, deve-se ao facto de este ser marcado, no mundo ocidental, por uma valorização da esfera doméstica e do papel das mulheres enquanto mães. Este é ainda o período em que começa a definir-se a concepção de maternidade dominante na actualidade, designada de *maternalização intensiva* (Hays, 1996).

No que diz respeito ao nosso país, assiste-se, neste período a uma valorização da maternidade, passando a mulher - considerada, no discurso oficial, o *sustentáculo da*

nação – a ser responsabilizada pela *salvaguarda moral das famílias* e pela *renovação da raça* (Belo, Alão & Cabral, 1987), nomeadamente através da propaganda e do papel desenvolvido junto das mães por dispositivos oficiais de governação das famílias, já estabilizados nesta época, como, por exemplo: a *Obra da Mães para a Educação Nacional*; o *Instituto Maternal*; *Instituto de Assistência à Família*; ou o *Instituto de Assistência aos Menores*.

Este é assim um período que contrasta como o momento presente, ou seja, com o 2º Período analisado, quer no que diz respeito à forma como a sociedade portuguesa se organiza, quer às funções atribuídas à mulher e, mais concretamente, às mães. De facto, como anteriormente referido, os anos 60 são considerados por vários autores (Barreto, 1996; Machado & Costa, 1998; Pereira, 2009; Rosas, 1992), como o período em que se inicia a transformação da sociedade portuguesa na direcção do que Machado e Costa (1998) designam de uma *modernidade inacabada*. Porém, no que diz respeito ao papel atribuído às mulheres na sociedade, assim como em relação às questões demográficas, aspectos que se relacionam mais directamente com a maternidade, objecto de análise do nosso estudo, podemos afirmar que nos encontramos num período de *modernidade liberal alargada* (Wagner, 1998), que contrasta profundamente com a realidade do período compreendido entre 1945 e 1958, tal como foi referido no Capítulo I.

Podemos então afirmar que as mulheres que criaram e educaram os seus filhos durante o 1º Período: 1945 a 1958 viveram num mundo substancialmente diferente, quer em termos do seu papel social, quer das condições em que exerceram a função maternal, daquelas que desempenham esse papel durante o 2º Período: 1994 a 2007. Em comum têm o facto de existir uma preocupação social com a sua educação, ou seja, com a preparação para a maternidade, designadamente no que diz respeito à geração e à criação e educação das crianças em idade pré-escolar, idade em que a sua influência é mais determinante e o desenvolvimento das crianças é mais cuidadosamente monitorizado (Grant, 1998).

Gostaríamos ainda de acrescentar, relativamente ao 2º Período: 1994 a 2007, que o facto de termos optado pelo ano de 1994 como limite inferior se deve ao facto de ser neste ano que começa a ser publicada em Portugal a revista *Crescer*, uma das fontes utilizadas para a prossecução deste estudo, ou seja, em que começam a ser editadas no

nosso país com uma periodicidade regular duas *revistas de educação familiar*, que têm como principal objectivo a divulgação de normas de criação e educação das crianças e como público-alvo os pais. Iniciando a nossa análise em 1994 e querendo abarcar um intervalo de tempo igual ao que abrangemos no 1º Período: 1945 a 1958, 14 anos, determinou-se 2007 como o limite superior para o 2º Período.

II.3. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Este estudo está alicerçado numa metodologia do tipo qualitativo. Mais concretamente, e tendo em conta o objectivo deste trabalho, optámos, entre as diferentes abordagens possíveis, pela análise crítica do discurso. Esta perspectiva parte do pressuposto de que a realidade social é produzida e tornada real através dos discursos, sendo o seu principal objectivo a exploração da relação que se estabelece entre discurso e realidade, ou seja, a análise dos processos através dos quais o mundo social é construído e mantido (Phillips & Hardy, 2002).

Tendo na sua origem as teorias do construtivismo social, esta metodologia assenta, segundo Phillips e Jørgensen (2002), em quatro pressupostos fundamentais:

- Abordagem crítica ao conhecimento socialmente assumido como verdadeiro;
- Reconhecimento da especificidade histórica e cultural da forma como os sujeitos compreendem e representam o mundo;
- Existência de uma relação entre conhecimento e processos sociais, ou seja, a assumpção de que o conhecimento é construído através da interacção social;
- Existência de uma relação entre conhecimento e acção social, ou seja, parte do princípio de que a representação que se tem de uma determinada realidade torna algumas formas de acção naturais, excluindo, simultaneamente, outras formas de agir.

O contexto torna-se assim, como afirma Pedro (1997), uma dimensão fundamental da análise crítica do discurso, uma vez que parte do pressuposto de que os

sujeitos constroem e são construídos através dos processos discursivos sobre a realidade que os cerca. Mais concretamente, o principal objectivo dos analistas críticos do discurso é demonstrar como “as práticas linguístico-discursivas estão imbricadas com estruturas sócio-políticas, mais abrangentes, de poder e dominação” (Kress, citado em Pedro, 1997, p. 22).

Apesar das noções de *poder* e *dominação* constituírem elementos centrais da análise crítica do discurso, que não devem ser negligenciadas, pensamos, como afirma Foucault (1997), que “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo pelo qual se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (pp. 10-11). Mais concretamente, entendemos, tal como defende Fairclough (2003), que os *discursos* devem ser compreendidos como uma forma de acção através da qual os sujeitos podem transformar o mundo, tendo simultaneamente presente que essa forma de acção é histórica e culturalmente situada e em relação dialéctica com outros aspectos da realidade.

Tal não significa que não tenhamos em atenção que os textos têm subjacente uma hierarquia de poder, designadamente aqueles que têm uma difusão alargada, como é o caso dos que são veiculados através da imprensa, no sentido em que existe um grupo de sujeitos, de elites simbólicas (Van Dijk, 2006), que têm um acesso privilegiado aos mesmos, uma vez que se entende que, numa determinada área, são aqueles que mais têm a dizer. Este é o caso dos peritos que escrevem nas *revistas de educação familiar*, escolhidos precisamente por serem considerados aqueles que possuem os conhecimentos necessários para gerar, criar e educar as crianças de uma forma adequada.

Outro aspecto importante da análise crítica do discurso, particularmente útil no que diz respeito ao presente estudo, é a saliência dada, nesta abordagem, à análise das estratégias discursivas que procuram naturalizar a ordem social, ou seja, da forma como realidades socialmente construídas são transformadas, através do discurso, em fenómenos naturais (Fairclough, 2003), questão que atravessa a maioria dos trabalhos realizados sobre a maternidade.

Simultaneamente é de realçar, como defende Fairclough (2003), que os

discursos incluem representações acerca da realidade presente e passada, assim como o que designa de *representações imaginárias*, ou seja, representações da forma como as coisas deviam ou podiam ser. As *representações imaginárias* são particularmente importantes, segundo este autor, quando se analisam processos de transformação, já que muitas vezes têm na sua origem novos discursos acerca de uma determinada realidade, possibilitando assim a sua inculcação, ou seja, a emergência de diferentes formas de ser e de estar.

Em suma, na análise crítica do discurso parte-se do princípio de que a realidade só pode ser conhecida através dos discursos, transformando-se o discurso no próprio objecto de análise. No que diz respeito ao tipo de textos que podem ser objecto de análise, aqueles que são produzidos pelos *media* e na educação, devem ser, segundo Pedro (1997), alvo de especial interesse. Como a própria autora afirma:

O controlo do saber e do conhecimento forma, de modo fundamental, a nossa interpretação do mundo, bem como o nosso discurso e outro tipo de acções. Por isso se torna tão relevante uma análise crítica das formas de texto, por exemplo, nos *media* (...), e na educação (...), que visam construir esse tipo de saber e de conhecimento. (p. 30)

Tendo em conta os objectivos deste estudo, entendemos que as revistas de *educação familiar*, fontes a partir das quais seleccionámos o nosso *corpus documental*, se constituem em espaços de produção discursiva, no sentido em que, através dos textos que divulgam, contribuem para a circulação de um discurso normalizador acerca quer das representações da maternidade, quer dos saberes e dos saber-fazer que qualquer mãe deve possuir, ou seja, sobre as práticas da maternidade, contribuindo, desta forma, para a construção da concepção dominante, ou seja, para a construção de um determinado ideal de *boa mãe*.

II.4. FONTES

A análise das representações da mulher na imprensa, designadamente naquela que lhe é especificamente dirigida, tem sido alvo de pouco interesse em Portugal (Lopes, 2005; Prates, 2003). São de salientar, contudo, os estudos realizados por Guimarães (2008) sobre a representação da mulher na revista *Modas&Bordados*, por Lopes (2005) sobre a representação da mulher na imprensa feminina de oitocentos, por Pessoa (2005) acerca do pensamento educativo de Maria Lúcia Namorado, proprietária e directora da revista *Os Nossos Filhos* e, ainda, por Prates (2003) sobre o jornalismo feminino nos anos 30 e 40, mais concretamente sobre Maria Lamas, directora da revista *Modas&Bordados*. Como afirma Lopes (2005), “tendo sido feitos importantes levantamentos bibliográficos, não abundam os trabalhos sobre as fontes”, que constituem, na sua opinião, um “manancial informativo de diversas histórias” (p. 15).

Entre as histórias que a imprensa nos pode contar encontra-se aquela que é objecto do nosso trabalho, a história das mães, ou, mais concretamente, da definição do seu papel social e no seio da família (Guimarães, 2008; Johnston & Swanson, 2003; Pessoa, 2005; Robinson & Hunter, 2008). Embora esta questão seja abordada, como demonstraram os autores acima referidos, na imprensa feminina, pensamos que é na imprensa de *educação familiar*, ou seja, naquela que é dirigida especificamente às mães e cujo principal objectivo é a sua educação ou, como subtilmente é dito pelos seus editores, o auxílio na criação e educação dos seus filhos, que os discursos relacionados com a maternidade, quer ao nível da representação da maternidade, quer ao nível do seu exercício, ou seja das práticas de geração, criação e educação das crianças, se manifestam de uma forma mais clara.

As revistas de *educação familiar*, cujo principal objectivo é, como afirma Nóvoa (1993), a educação dos pais e a regulação das práticas no seio da família, constituem, assim, do nosso ponto de vista, uma fonte privilegiada para o estudo dos discursos sobre a maternidade. Ao indicarem às mães como se devem comportar, qual o seu papel social, estão a contribuir para a construção de uma concepção *boa mãe*, a partir da qual as mulheres irão avaliar as suas próprias experiências no exercício da função maternal,

classificando-se não só a si próprias, mas também as outras mães.

O facto de diferentes estudos demonstrarem que esta é uma fonte de informação e aconselhamento utilizada pelas mães (Ateah, 2003; Avishai, 2007; Bennett, Boon, Romans, & Grootendorst, 2007; Murphy, 2000; Shwalb, Kaway, Shoji, & Tsunetsugu, 1995) aumenta o interesse pela análise deste tipo de fontes, que tem sido preterida, em benefício da análise dos manuais, que têm constituído as principais fontes em diversos estudos sobre as concepções e/ou as práticas de maternidade (A. G. Ferreira, 2000; Barker, 1998; Gross & Pattison, 2001; Hays, 1996; Kitchens, 2007; Marshall, 1994; Marshall & Woollett, 2000; Popiel, 2004; Saha, 2002; Thorley, 2003).

Embora os manuais sobre a criação e educação das crianças constituam, sem dúvida, uma importante fonte de informação sobre as concepções e as práticas de maternidade, as *revista de educação familiar* possuem algumas características que, na nossa opinião, as tornam fontes privilegiadas para a análise desta temática. Entre estas características destacam-se o facto de serem mais acessíveis, por comparação com os manuais, quer devido ao seu preço, quer devido à existência de uma maior diversidade de pontos de venda, abrangendo, por isso, um público mais vasto e serem compostas, como afirma Sunderland (2006), por um conjunto heterogéneo de textos, que permitem aceder a uma multiplicidade de vozes/discursos.

Mais concretamente, e no que diz respeito a esta última característica, as revistas permitem apreender:

- O nível macro das concepções de maternidade, ou seja, os discursos dominantes produzidos pelos peritos;

- O nível micro, o da experiência concreta das mulheres que para aí escrevem relatando os seus problemas e procurando resposta para as suas ansiedades, acedendo-se assim a vozes que, como afirma Nóvoa (1997, p. 31) “têm dificuldade em se fazer ouvir noutros espaços sociais”, tais como, por exemplo, o livro impresso.

A existência de espaços próprios para a colaboração dos leitores permite ainda que as revistas adquiram o que Caspard e Caspard (1997) designam de carácter interactivo, uma especificidade deste tipo de fontes. Ou seja, não se destinam somente a

emitir discursos que esperam ter consequências ao nível das práticas das mulheres, mas também invocam a sua colaboração directa através, por exemplo, da realização de concursos ou da inclusão de rubricas destinadas à publicação das cartas escritas pelas leitoras.

Todas estas características levam-nos a considerar que a imprensa de *educação familiar* constitui uma fonte privilegiada para o estudo da maternidade, a que se adiciona o facto de esta ter sido, até agora, alvo de pouca atenção, como anteriormente referido, por aqueles que se dedicam ao estudo desta realidade.

II.4.1. Processo de selecção das fontes

Os critérios utilizados no processo de selecção das fontes variaram segundo o período de tempo estudado, razão pela qual começamos por apresentar os critérios relativos ao 1º Período: 1945 a 1958, seguidos daqueles utilizados para o 2º Período: 1994 a 2007.

1º Período: 1945 a 1958

Para seleccionar as fontes relativas ao 1º Período: 1945 a 1958 recorreu-se ao *Repertório Analítico da Imprensa de Educação e Ensino* (Nóvoa, 1993). O *Repertório* acima mencionado abrange a imprensa de educação e ensino publicada entre 1918 e 1989, encontrando-se, os 530 periódicos que o compõem, agrupados em categorias temáticas, divididas, por sua vez, em sub-categorias. Assim, foram seguidos no processo de selecção os seguintes critérios: estar incluído na sub-categoria - dentro da categoria *Educação Não-Formal - Educação Familiar*, já que esta inclui os periódicos que têm como principal finalidade a educação dos pais e das famílias, e serem publicados ao longo de todo o intervalo de tempo estudado, isto é entre 1945 e 1958. Foram assim seleccionadas as seguintes revistas: *Saúde e Lar*, cujo primeiro número surge em Janeiro de 1942, cessando a sua publicação em Fevereiro de 1987, e *Os*

Nossos Filhos, publicada entre Junho de 1942 e Dezembro de 1964.

2º Período: 1994 a 2007

No que diz respeito ao 2º Período: 1994 a 2007, o processo de selecção das fontes iniciou-se pela inventariação das *revistas de educação familiar* publicadas no momento em que iniciámos este trabalho, isto é, em 2005. Para realizar esta pesquisa recorremos ao catálogo da Hemeroteca Municipal de Lisboa, tendo identificado um conjunto de revistas que podemos classificar como *revistas de educação familiar*, no sentido em que têm como principal objectivo a transmissão de informação acerca do desenvolvimento da criança, assim como auxiliar os pais na criação e educação dos seus filhos, ou melhor as mães, principais destinatárias destas publicações, tal como verificaram Spess e Zimmerman (2002) e Sunderland (2006) que também elegeram este tipo de periódicos como fontes.

Mais especificamente foram por nós inventariadas as seguintes publicações periódicas: *Activa Filhos*, publicada desde 2000; *Babies: A revista mensal dos novos pais*, cujo primeiro número surge em 2003, *Bebé d'Hoje*, cuja publicação foi iniciada em 1997; *Bebé Saúde*, publicada desde 2001; *Crescer*, que surge em 1994; *Mãe Ideal*, cuja publicação se inicia em 2001; *PAIS&Filhos*, publicada desde 1991 e, por último, a revista *Super-Bebés*, que surge em 1997.

Uma vez identificadas as *revistas de educação familiar* que constavam, como estando em publicação no ano de 2005, do catálogo da Hemeroteca Municipal de Lisboa, foram seleccionadas aquelas que, à semelhança do que tinha acontecido em relação ao 1º Período: 1945 a 1958, nos permitiriam abranger um intervalo de tempo de 14 anos. Assim sendo, e após a aplicação deste critério ao conjunto de revistas referido no parágrafo anterior, foram seleccionadas como fontes a utilizar na prossecução do presente estudo as revistas *PAIS&Filhos*, publicada desde Fevereiro de 1991, e *Crescer*, cuja primeira edição data de Maio de 1994, que serão objecto de descrição, assim como as revistas referentes ao 1º Período: 1945 a 1958, no ponto que se segue.

II.4.2. Caracterização das fontes

Neste ponto, referente à caracterização das fontes, começaremos por indicar as características comuns, para ambos os períodos de tempo, das *revistas de educação familiar* com base nas quais foi realizado o presente estudo: *Os Nossos Filhos* e *Saúde e Lar*, publicadas no 1º Período: 1945 a 1958, e *PAIS&Filhos* e *Crescer*, editadas no 2º Período: 1994 a 2007. Posteriormente, procederemos à caracterização individual de cada uma delas.

Em primeiro lugar, gostaríamos de realçar que as revistas seleccionadas podem ser classificadas como comerciais, facto visível na inclusão da publicidade a produtos destinados ao consumo das mães e dos seus filhos, acessíveis aos seus leitores quer através da realização de uma assinatura, quer através da compra directa.

No que se refere aos conteúdos, podemos afirmar que as *revistas de educação familiar* analisadas se caracterizam pela heterogeneidade, ou seja, pela existência de diferentes tipos de artigos: pequenos artigos onde são divulgadas informações úteis ou são fornecidos conselhos breves; artigos temáticos, em que se trata de uma determinado tema de uma forma mais aprofundada; e, por último, rubricas que se destinam ao esclarecimento das dúvidas das mães, onde são publicadas as cartas que os leitores escrevem para as revistas, assim como a respectiva resposta, tais como *O Consultório Familiar*, na revista *Saúde e Lar*, a rubrica intitulada *Os teus problemas, Mãezinha!*, em *Os Nossos Filhos*; *Perguntem ao médico*, em *PAIS&Filhos*, ou *Crescer responde*, na revista com o mesmo nome. Possuem ainda secções destinadas especificamente ao público feminino como, por exemplo, páginas de beleza, de moda ou ainda de culinária.

No que diz respeito à caracterização individual de cada uma das revistas, optámos por apresentar, em primeiro lugar, as suas principais características (Quadro 3), para procedermos, em seguida, a uma análise descritiva das mesmas.

Quadro 3

Caracterização Geral das Fontes

	<u>1º Período: 1945 a 1958</u>		<u>2º Período: 1994 a 2007</u>	
	<i>Os Nossos Filhos</i>	<i>Saúde e Lar</i>	<i>Crescer</i>	<i>PAIS&Filhos</i>
Local de publicação	Lisboa	Lisboa	Lisboa	Lisboa
Propriedade	Editorial “Os Nossos Filhos”	Publicadora Atlântico	Editores Sol	Motor Press Ibérica S.A. e DMFB Int. Ltd.
Periodicidade	Mensal; Anual após Dezembro de 1958	Bimestral; Mensal, a partir de Janeiro de 1953	Mensal	Mensal
Data de início publicação	Junho de 1942	Janeiro de 1944	Maio de 1994	Fevereiro de 1991
Data de fim de publicação	Dezembro de 1964	Fevereiro de 1987	Em publicação	Em publicação
Tiragem	Desconhecida	33000	25000	33000
Custo	5\$00	2\$50	540\$00 (1994) – 2.95 € (2007)	500\$00 (1994) – 2.95 € (2007)
Número de páginas	34	20-28	96	112-170
Directores	Maria Lúcia Silva Rosa	António Dias Gomes (até Junho de 1952) Ernesto Ferreira	Adelaide Correia (coordenadora editorial até Setembro de 1997) Luís Peniche (director, a partir de Outubro de 1997)	Isabel Stilwell (Fevereiro 1991 – Novembro de 1994); Carmo van Uden – (Dezembro de 1994 - Março 1997); Laurinda Alves (Abril 1997 – Dezembro 1998); Inês de Barros Baptista (Janeiro 1999 – Julho 2007) Maria Jorge Costa (Agosto 2007 -....)

II.4.2.1. Análise descritiva das fontes

1º Período: 1945 a 1958

Os Nossos Filhos - Dirigida por Maria Lúcia Namorado, que também é sua proprietária, *Os Nossos Filhos* tem como principal objectivo a educação da mulher portuguesa e, mais concretamente, a sua preparação para o exercício da maternidade. Como é referido na primeira página dos sucessivos números, esta é, na sua época, “a única revista para os pais que se publica em Portugal”, ou seja, que os elege como público-alvo, ou, mais concretamente às mães, a quem de facto se dirige. Apesar de ser incluída por Nóvoa (1993) na categoria de *educação familiar*, a revista *Saúde e Lar*, publicada no mesmo período de tempo, dirige-se a um público mais alargado, abordando também conteúdos mais diversificados.

Definida como um “mensário de puericultura, enfermagem, psicologia, educação, vida escolar, literatura, moda infantil, etc., etc.”, a revista *Os Nossos Filhos* é composta por diferentes secções e tipos de artigos. Para além dos artigos dirigidos aos pais, abordando temas como a gestação, a criação ou a educação das crianças, são ainda publicados artigos de divulgação de diferentes iniciativas na área da assistência à maternidade e à infância; contos e passatempos dirigidos às crianças; as graças, os ditos e as fotografias dos filhos das assinantes; recensões de livros; receitas de culinária; secção de moda para mães e crianças; e, ainda, sugestões de trabalhos manuais que as mães podem realizar com os seus filhos.

Esta revista possui ainda diferentes espaços destinados à participação das mães. A par com as secções destinadas ao esclarecimento de dúvidas - tais como, *Consultório: De alimentação e higiene infantil*; *Os Conselhos da Avózinha: Da vida e das pessoas*; e *Os teus problemas, Mãezinha!* que, em 1955 vê o seu título alterado para *Os vossos problemas: Correio dos pais* -, surgem outras rubricas que invocam a participação mais directa das mães, como é o caso do *Concurso dos Erros Educativos* ou o lançamento de questões acerca da experiência concreta das mães, às quais estas são incitadas a responder. Salientamos ainda a existência de rubricas destinadas a dar voz às crianças, como é o caso da rubrica intitulada precisamente *Oiçamos as crianças*.

No que se refere aos artigos sobre a gestação, criação e educação das crianças, é possível subdividi-los em três tipos, segundo a sua origem: artigos originais; artigos já publicados noutras revistas, como é o caso de *O Jornal do Médico* ou da revista belga *Famille*; e transcrição de excertos de livros e de comunicações efectuadas em conferências, como é o caso daquelas realizadas no IV Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil ou no I Congresso Nacional de Protecção à Infância.

Na revista *Os Nossos Filhos*, para além da directora, responsável pelo maior número de artigos aí publicados (Pessoa, 2005), participam um vasto número de colaboradores, entre os quais se destacam, pela sua presença mais regular, os médicos Branca Rumina, Ferreira de Mira, João Bação Leal, Maria do Carmo Martinho, Maria Emília Morgado, Mário Cordeiro, Manuel Farmhouse, Samuel Maia, Serras e Silva e Vítor Fontes; os professores Maria Luísa Torres Pires, José Francisco Rodrigues e Sara Pinto Coelho; a educadora familiar Adriana Rodrigues; as enfermeiras Madalena Taveira e Maria Palmira Tito de Morais, esta última responsável pela rubrica *Consultório: De alimentação e higiene infantil*; as escritoras e professoras Irene Lisboa e Maria Henriques Osswald; a psicopedagoga Maria de Lourdes Bettencourt; e, a escritora Ilse Losa.

Saúde e Lar - Dirigida inicialmente por António Dias Gomes, que é substituído, em Agosto de 1952, por Ernesto Ferreira, esta revista apresenta um conjunto de características que a distinguem, em certa medida, quer da revista *Os Nossos Filhos*, publicada no mesmo período, quer daquelas editadas no 2º Período: 1994 a 2007, *Crescer e PAIS&Filhos*.

Mais concretamente, *Saúde e Lar* apresenta-se como uma revista de divulgação, dirigida, como afirma Nóvoa (1993), a um público mais alargado do que qualquer uma das outras *revistas de educação familiar* seleccionadas, que têm como principal público alvo as mulheres, designadamente aquelas que são mães ou que estão em vias de o ser. Surgem, assim, em simultâneo com os artigos relacionados com a maternidade, quer no que diz respeito ao papel da mãe, quer aos comportamentos que esta deve adoptar, artigos relacionados com a saúde dos adultos, assim como aqueles que se debruçam

sobre temas sociais como, por exemplo, envelhecimento ou desporto, artigos destinados à divulgação de conhecimentos de enfermagem doméstica, dirigidos tanto aos cuidados a prestar às crianças como os adultos, ou com conselhos sobre a gestão do lar.

Esta é também uma revista escrita sobretudo por homens, entre os quais se destacam pela sua colaboração mais regular, nos período de tempo analisado, os médicos Gilberto Branco Vasco, Guido Cabral, António Correia e Constantino Esteves, a que se junta, no que diz respeito à presença feminina, a médica Maria Teresa Furtado Dias. De filiação evangélica, são ainda transcritos nesta revista artigos de autores estrangeiros e, ainda, excertos de livros de autores como Ellen G. White, Arthur Whitefield ou Maurice Tièche, pertencentes à Igreja Adventista do Sétimo Dia, e cujas obras foram editadas em Portugal pela mesma editora de *Saúde e Lar*, a *Publicadora Atlântico*.

No que se refere ao tema estudado, a educação para a maternidade, é de salientar que para além da publicação de artigos temáticos acerca da criação e educação das crianças em idade pré-escolar, na secção intitulada *...e lar*, surgem pequenos conselhos dirigidos às mães, existindo ainda uma secção específica para o esclarecimento das suas dúvidas, designada de *Consultório Familiar*.

Concluída a descrição das fontes publicadas e usadas para este estudo no 1º Período: 1945 a 1958, passaremos à apresentação daquelas que são publicadas e utilizadas neste estudo para a constituição do *corpus* documental relativo ao 2º Período: 1994 a 2007.

2º Período: 1994 a 2007

Crescer - O primeiro número da revista *Crescer* é publicado em Maio de 1994 com a finalidade, como afirma o seu editor, de “dar aos pais, todos os meses, informações que os ajudem a saber onde, como, quando e o que devem fazer para resolver as suas dúvidas e aflições”. Para tal recorre à colaboração de especialistas que “estarão sempre presentes na CRESCER, com as suas orientações e conselhos

práticos”¹⁹.

No que se refere à estrutura, esta revista segue uma organização temporal, ou seja, aos artigos sobre a gravidez e o parto, que surgem nas primeiras páginas, sucedem-se aqueles que têm como principais temas o pós-parto e os cuidados ao recém-nascido, a criação e educação da criança e, por último, os artigos relativos à vida familiar. A estes juntam-se, ainda, artigos sobre beleza e moda, astrologia infantil, labores e culinária.

No que diz respeito ao tipo de artigos publicados é de mencionar que, para além dos artigos temáticos, surgem pequenos artigos, cujo principal objectivo é a transmissão de conselhos breves ou a divulgação de resultados de estudos científicos relacionados com a maternidade; as entrevistas, neste caso a figuras públicas, tanto a pais – como, por exemplo, o apresentador de televisão Júlio Isidro em Dezembro de 1999 – como a mães - a jornalista Patrícia Gallo em Março de 2000, a piloto Joana Lemos em Junho de 2001 ou a actriz Patrícia Tavares em Janeiro 2002 – que falam da sua experiência enquanto pais/mães; e a secção dirigida à participação directa dos pais, intitulada *Crescer Responde*, onde um conjunto de especialistas esclarece as dúvidas por eles colocadas e que se encontra dividida em várias secções: obstetria, pediatria, nutricionismo, medicina dentária e psicologia.

É de salientar, nesta revista, a quase ausência de atribuição de autoria aos artigos publicados. De facto, a maioria dos textos não tem qualquer menção ao nome do autor, surgindo referências a nomes de especialistas quer como revisores científicos, quer como colaboradores, caso em que muitas vezes são transcritas citações desses mesmos especialistas no decorrer do texto. Muitos artigos são ainda escritos com base em livros acerca da criação e educação das crianças, referidos como fontes, tais como, por exemplo, *Truques milagrosos para o seu bebé*, da Editora Pergaminho, *O mundo da criança*, de Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds e Ruth Duskin Feldman; *O que se espera quando se está à espera*, de Arlene Eisenberg, Sandee Hathaway e Heidi Murkoff; *Enciclopédia dos pais – Como ser melhores pais*, Círculo de Leitores; *Guia da Gravidez*, Impala e *Gravidez e Parto - As melhores provas*, de Joyce Barret e Teresa Pitman – ou outras revistas, como, por exemplo, a *Teste Saúde*, editada pelo Deco.

19 O editor (1994, Maio). Vamos crescer juntos. *Crescer*, 3.

No que diz respeito aos colaboradores, responsáveis pela revisão científica de alguns artigos, salientam-se, pela sua presença regular, o obstetra João Paulo Malta, a pediatra Maria João Rodrigo e a psicóloga Ana Carla Gouveia, também responsáveis pelas colunas de obstetrícia, pediatria e psicologia, respectivamente, da rubrica *Crescer Responde*. Com uma colaboração mais reduzida, ou seja, durante um período mais curto de tempo, participam os nutricionistas Maria João Afonso e Humberto Barbosa e os dentistas Álvaro Veiga e Ricardo Jaha, estes últimos apenas como responsáveis pelo esclarecimento das dúvidas das mães.

Tais características, designadamente o anonimato dos autores dos artigos, as entrevistas realizadas sobretudo a figuras públicas, e não a peritos, assim como a reduzida lista de colaboradores, permitem-nos afirmar que esta é uma revista com um carácter de certo modo popular, o que contrasta, como se poderá deduzir da apresentação que será realizada em seguida, com a realidade da revista *PAIS&Filhos*, publicada no mesmo período, que se caracteriza, precisamente, pela presença assídua de um vasto número de peritos da infância, nacionais e internacionais, como colaboradores.

PAIS&Filhos - A revista *PAIS&Filhos* publica o seu primeiro número em Fevereiro de 1991, sendo sua directora a jornalista Isabel Stilwell. Dirigida por diferentes pessoas, ao longo da sua publicação, esta é a revista, entre todas as que seleccionámos, que mais modificações sofre ao longo dos 14 anos analisados.

Contudo, apesar das transformações ocorridas, que dizem respeito sobretudo ao grafismo e à inclusão ou exclusão de algumas rubricas, alguns aspectos permanecem constantes. Um desses aspectos é a organização temporal dos artigos temáticos, à semelhança do que acontece em *Crescer*, ou seja, a apresentação em primeiro lugar dos artigos relacionados com a gravidez, a que se seguem aqueles cujo tema principal é o parto, a criação e a educação dos bebés, das crianças mais velhas e, por último, dos adolescentes.

Para além dos artigos temáticos acima referidos, são ainda publicados pequenos artigos, destinados à transmissão de conselhos, à divulgação de resultados de estudos científicos e ainda à publicidade de artigos destinados às crianças e realizadas

entrevistas com peritos na área da criação e educação das crianças, tais como, por exemplo, o médico Gomes Pedro, em Fevereiro de 2003, principal divulgador do pensamento do pediatra Berry Brazelton em Portugal; a socióloga Anália Torres, em Março do mesmo ano; a nutricionista Paula Veloso, em Junho de 2006; ou a psicóloga Maria Saldanha de Pinto Ribeiro, especialista em mediação familiar, em Junho de 2007.

As secções dirigidas à participação dos leitores, *Cartas dos Leitores* e *Perguntem ao Médico*, da responsabilidade do médico Rui Sousa Santos, existente entre Agosto de 1997 e Novembro de 2000, também são uma presença constante ao longo do período analisado, assim como aquelas destinadas especificamente às crianças, passatempos, trabalhos manuais e histórias infantis, ou à sugestão de leituras, quer para os pais, quer para os filhos.

A revista possui também uma secção, intitulada *Páginas azuis*, destinada à colocação gratuita de anúncios por parte dos leitores. É possível encontrar nessa secção anúncios de venda dos mais diversos objectos, de oferta de baby-sitters, de empresas de organização de festas de aniversário, assim como de pedidos de auxílio, designadamente de roupa e acessórios para crianças.

É ainda de realçar a existência, a partir de Fevereiro de 2001, de uma secção intitulada *Instinto Paternal*, da responsabilidade dos pais Gonçalo Albuquerque Tavares e Nuno Madureira, onde se dá, como explica Inês de Barros Baptista, “a palavra aos pais-homens”²⁰, na qual estes jornalistas descrevem a sua experiência parental. Esta rubrica é substituída, em Fevereiro de 2005, pela secção intitulada *Pai Galinha*, da responsabilidade do jornalista Nuno Madureira, um dos pais anteriormente referidos, na qual são recolhidos os depoimentos de diversas figuras públicas, tais como Ricardo Araújo Pereira, em Fevereiro de 2005, o músico Rui Reininho, em Setembro de 2005 ou o ilustrador André Letria, em Outubro de 2006, acerca da sua experiência concreta de paternidade.

No que diz respeito aos colaboradores, destacam-se, pela sua presença assídua, as psicólogas Albertine Santos e Isabel Empis; o pedopsiquiatra Pedro Strecht; o psicanalista/educador Rubem Alves; a ginecologista e obstetra Isabel de Matos; o

²⁰ Baptista, I. B. (2001, Fevereiro). Editorial: Dez anos depois. *PAIS&Filhos*, 5.

obstetra José Carlos Ferreira; os pediatras Manuela Abecassis, Paulo Oom e Mário Cordeiro, este último filho do médico com o mesmo nome que colaborou em *Os Nossos Filhos*; o pediatra desenvolvimentista Miguel Palha; os clínicos gerais Rui Sousa Santos e Vasco Prazeres; as educadoras de infância Luísa Vian Alves, Assunção Folque e Maria João Machado; a professora do 1º Ciclo do Ensino Básico, Elsa de Barros; a jornalista Sarah Adamopoulos; o escritor José Eduardo Agualusa; e, por último, as mães Clara Paulino e Rita Quintela.

Contrariamente ao que acontece com a revista *Crescer, PAIS&Filhos* procura constituir-se como uma revista de divulgação com um carácter científico, como portavoz dos profissionais de infância – médicos, educadores e peritos psi – da actualidade, no que tem algum sucesso, como é visível na contestação ou na chamada de atenção para incorrecções nalguns artigos publicados na revista, por parte de alguns peritos, assim como de representantes de associações e corpos profissionais, o que podemos interpretar como um sinal de que esta é por eles lida ou, pelo menos, folheada. Tal é o caso, por exemplo, da Presidente da Associação para a Promoção da Segurança Infantil²¹, da Presidente do Conselho Directivo da Faculdade de Ciências da Nutrição da Universidade do Porto²², ou ainda do Prof. Doutor Sérgio Castelo²³, especialista em Genética.

II.5. CONSTITUIÇÃO DO CORPUS DOCUMENTAL

Depois seleccionadas as *revistas de educação familiar* que incluímos neste estudo, o passo seguinte consistiu na selecção do *corpus* documental, cujo procedimento passaremos a apresentar.

Devido ao facto de uma das revistas seleccionadas, *Saúde e Lar*, ser publicada bimensalmente, optámos, para ambos os períodos de estudo, por seleccionar seis

21 Meneses, H. C. (2003, Agosto). Coletes, braçadeiras e brinquedos insufláveis [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 8.

22 Almeida, M. D. V. (2001, Dezembro). Nutrição I [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 6.

23 Castelo, S. (1996, Maio). Rastreo pré-natal [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 12.

revistas por ano. Tivemos ainda o cuidado de seleccionar igual número de revistas em cada mês, em relação às publicações mensais, de forma a incluir temas que, pela sua natureza, poderiam só aparecer em determinados meses do ano, adoptando este procedimento para ambos os períodos.

1º Período: 1945 a 1958

No que diz respeito a este período foram seleccionados 84 números de cada uma das revistas escolhidas. No que diz respeito à revista *Os Nossos Filhos*, o nosso *corpus* documental foi constituído com base nas edições de Janeiro, Março, Maio, Julho, Setembro e Novembro dos anos de 1945, 1947, 1948, 1951, 1953, 1955 e 1957 e, ainda, dos meses de Fevereiro, Abril, Junho, Agosto, Outubro e Dezembro de 1946, 1949, 1950, 1952, 1954, 1956 e 1958. Em relação à revista *Saúde e Lar*, o facto desta ser bimensal impediu, como anteriormente referido, a análise de um número igual de meses, tendo sido analisados todos os números publicados entre 1945 e 1953 e, a partir de 1954, momento em que a sua periodicidade é alterada, passando a ser publicada mensalmente, os meses de Janeiro, Março, Maio, Julho, Setembro e Novembro dos anos de 1955 e 1957, e as edições de Fevereiro, Abril, Junho, Agosto, Outubro e Dezembro de 1954, 1956 e 1958.

2º Período: 1994 a 2007

Em relação ao período compreendido entre 1994 e 2007 foram seleccionados 84 números da revista *PAIS&Filhos* e 82 números da revista *Crescer*, devido ao facto de esta última só ser publicada a partir de Maio de 1994. Foram assim consultados os meses de Janeiro, Março, Maio, Julho, Setembro e Novembro dos anos de 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 e 2006 e as edições de Fevereiro, Abril, Junho, Agosto, Outubro e Dezembro de 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 e 2007, de ambas as revistas seleccionadas. Em relação ao ano de 1994, foram consultados os números de Maio, Julho, Setembro e Novembro da revista *Crescer* e *PAIS&Filhos*, sendo que em relação a esta última também foram analisados os meses de Janeiro e Março.

Todos os números das revistas acima mencionados, quer no que diz respeito ao 1º Período: 1945 a 1958, quer ao 2º Período: 1994 a 2007, foram alvo de uma leitura geral, tendo sido seleccionados para o nosso *corpus* documental os textos que tinham como tema central a geração, o parto, a criação e/ou educação das crianças em idade pré-escolar (0-6 anos). A opção por esta faixa etária deve-se ao facto de ser nesta idade, como afirma Grant (1998), que o desenvolvimento das crianças é mais cuidadosamente monitorizado e a influência exercida pelas mães mais determinante, para além de ser a fase da vida em relação à qual as mães, principalmente as que o são pela primeira vez, se sentem mais ansiosas e inseguras e, conseqüentemente, recorrem mais ao auxílio dos peritos.

Gostaríamos ainda de referir que os artigos relacionados quer com a criação e/ou educação de crianças portadoras de deficiência foram excluídos do nosso *corpus* documental, uma vez que se tratam de crianças que exigem cuidados e colocam problemas distintos, cuja análise não é objectivo do nosso trabalho.

Foram assim recolhidos, na totalidade, 4159 textos, que se traduz no 1º Período: 1945 a 1958, num sub-total de 628 artigos, pertencendo 475 à revista *Os Nossos Filhos* e 153 à revista *Saúde e Lar*, e no 2º Período: 1994 a 2007, um sub-total de 3531 artigos, sendo 1301 da revista *PAIS&Filhos* e 2230 da revista *Crescer*.

A disparidade existente entre o número de artigos recolhidos nas duas revistas que foram objecto de estudo no 1º Período: 1945 a 1958, em que cerca de dois terços dos artigos (75,63%) são oriundos da revista *Os Nossos Filhos*, está relacionada com o facto de *Saúde e Lar*, tal como anteriormente referido, ser uma revista direccionada para um público mais vasto, englobando não só as questões relativas à geração, criação e educação das crianças, mas também problemáticas relacionadas com a saúde dos adultos. *Os Nossos Filhos*, à semelhança das revistas analisadas no 2º Período: 1994 a 2007, *PAIS&Filhos* e *Crescer*, tem como principal objectivo a educação para a maternidade e, conseqüentemente, a divulgação de artigos especificamente dirigidos às mães sobre a geração, criação e educação das crianças, quer em idade pré-escolar, quer as mais velhas, em idade escolar ou na adolescência.

Relativamente à diferença entre o número de artigos recolhidos no 1º Período:

1945 a 1958 ($n=628$; 15,59%) e no 2º Período: 1994 a 2007 ($n=3400$; 84,1%), esta está relacionada com o facto das revistas *PAIS&Filhos* e *Crescer* possuírem, por comparação com as revistas *Os Nossos Filhos* e *Saúde e Lar*, um maior volume de artigos dedicados à geração, criação e educação das crianças em idade pré-escolar por número.

II.5.1. Caracterização do *corpus* documental

O *corpus* documental, com base no qual foi realizado o estudo que aqui se apresenta compreende, tal como anteriormente referido, diferentes tipos de artigos: pequenos artigos onde são divulgadas informações úteis ou são fornecidos conselhos breves; artigos temáticos; cartas de mães e colunas de resposta às mesmas (Quadro 4).

Quadro 4

Número e Percentagem de Artigos que Constituem o Corpus Documental, Classificados segundo o seu Tipo

	Cartas de Mães		Colunas de Resposta		Artigos Temáticos		Pequenos Artigos		Total n
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>Os Nossos Filhos</i>	73	15,37	35	7,37	285	60	82	17,26	475
<i>Saúde e Lar</i>	6	3,92	3	1,96	97	63,4	47	30,72	153
Sub-total <u>1º Período:</u> 1945 a 1958	79	12,58	38	6,05	382	60,83	129	20,54	628
<i>PAIS&Filhos</i>	168	12,91	17	1,31	719	55,27	397	30,51	1301
<i>Crescer</i>	336	15,07	116	5,2	899	40,31	879	39,42	2230
Sub-total <u>2º Período:</u> 1994 a 2007	504	14,27	133	3,77	1618	45,82	1276	36,14	3531
Total	583	14,02	171	4,11	2000	48,09	1405	33,78	4159

Nota. As percentagens foram calculadas em relação ao número total de artigos por revista.

Como se pode observar pela leitura dos dados que constam no Quadro 4, os artigos temáticos, ou seja, aqueles que tratam de uma forma mais aprofundada um tema específico, constituem a maioria dos textos recolhidos em qualquer uma das revistas analisadas, a que se seguem os pequenos artigos, ou seja, aqueles em que são transmitidos pequenos conselhos, de uma forma breve e através da utilização de uma linguagem mais simples e directa.

No que diz respeito às cartas das mães, foram analisadas, na totalidade dos dois períodos de estudo, 583 cartas. É ainda de salientar que nas revistas *Os Nossos Filhos* (15,37%), *PAIS&Filhos* (12,91%) e *Crescer* (15,07%), a percentagem de cartas, face ao número total de textos analisados, é muito semelhante, o que contrasta com o sucedido em relação à revista *Saúde e Lar*, em que a percentagem de cartas escritas pelas mães é mais baixa (3,92%). Tal poderá estar relacionado com o facto, já anteriormente referido, de esta revista não estar direccionada somente para as questões relacionadas com a maternidade e/ou paternidade, abrangendo temas mais vastos, o que se reflecte também nas questões colocadas pelos seus leitores, que dizem respeito a um conjunto mais variado de temas. Gostaríamos, contudo, de salientar que, apesar desta diferença existente entre as revistas seleccionadas no 1º Período: 1945 a 1958, relativamente ao número de cartas escritas pelas mães obtidas nos dois períodos, a percentagem total de cartas, face ao total de artigos, é bastante semelhante (12,58% - 1º Período: 1945 a 1958; 14,27% - 2º Período: 1994 a 2007).

Seguidamente, procedemos à caracterização dos autores dos artigos temáticos segundo o género (Quadro 5). No que se refere aos pequenos artigos, não nos é possível proceder do mesmo modo, uma vez que são, na sua maioria, anónimos.

Quadro 5

Número e Percentagem de Artigos Temáticos, segundo o Género do Autor

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
<i>Os Nossos Filhos</i>	74	33,04	150	66,96	224
<i>Saúde e Lar</i>	64	74,42	22	25,58	86
Sub-total <u>1º Período:</u> 1945 a 1958	138	44,52	172	55,48	310
<i>PAIS&Filhos</i>	129	19,75	524	80,25	653
<i>Crescer</i>	2	1,77	111	98,23	113
Sub-total <u>2º Período:</u> 1994 a 2007	131	17,10	635	82,90	766
Total	269	25,00	807	75,00	1076

Nota. As percentagens foram calculadas em relação ao número total de artigos temáticos em que se conseguiu apurar o género do autor.

Apesar dos limites que advêm do facto de não ter sido possível determinar o género dos autores de todos os artigos temáticos, devido à inexistência da referência ao seu nome, como é o caso da maioria dos artigos publicados na revista *Crescer*, em que só se conseguiu apurar o género de 12,57% da totalidade dos autores deste tipo de textos, é de salientar que a maioria dos artigos publicados em ambos os períodos são escritos por mulheres (55,48% - 1º Período: 1945 a 1958; 82,90% - 2º Período: 1994 a 2007).

Procedendo a uma análise mais detalhada e centrada nas revistas em que conseguimos identificar o género da maioria dos autores dos artigos temáticos, ou seja, ignorando os dados relativos a *Crescer*, dado o reduzido número de artigos em que se conseguiu realizar este procedimento, é de salientar a emergência, mais uma vez, de *Saúde e Lar* como uma revista que se diferencia de todas as outras. Dirigida por homens, esta é também uma revista escrita sobretudo por elementos do sexo masculino, enquanto as revistas *Os Nossos Filhos*, no 1º Período: 1945 a 1958, e *PAIS&Filhos*, no 2º Período: 1994 a 2007, dirigidas ambas por mulheres, publicam sobretudo artigos

cujos autores são elementos do sexo feminino.

Podemos então afirmar que *Os Nossos Filhos* e *PAIS&Filhos* se constituem, assim, não só em espaços dirigidos às mulheres, mas também onde se tem acesso ao discurso feminino sobre a maternidade, oriundo quer de peritos, quer de não peritos, como é o caso, por exemplo, da revista publicada no 2º Período: 1994 a 2007, *PAIS&Filhos*, na qual as jornalistas escrevem, muitas vezes, na condição de mães.

De forma a tentar compreender quem são os autores dos discursos sobre a maternidade publicados nas *revistas de educação familiar* e com base nos quais realizámos o nosso estudo, ou seja, que constituíram o nosso *corpus* documental procedemos, ainda, para além da identificação do seu género, à determinação, sempre que possível, da sua profissão (Quadro 6). Estas foram agrupadas em quatro grandes categorias: *Saúde* – médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde; *Educação* – educadores de infância, professores e pedagogos; *Escrita* – jornalistas e escritores; e, por último, *Peritos psi* – psicólogos, psiquiatras e pedopsiquiatras.

Quadro 6

Número e Percentagem de Artigos Temáticos, segundo a Área Profissional do Autor

	Saúde		Educação		Escrita		Peritos Psi		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>Os Nossos Filhos</i>	101	72,14	29	20,71	9	6,43	1	0,71	140
<i>Saúde e Lar</i>	51	66,23	20	25,97	3	3,90	3	3,9	77
Sub-total <u>1º Período:</u> 1945 a 1958	152	70,05	49	22,58	12	5,53	4	1,84	217
<i>PAIS&Filhos</i>	185	42,33	39	8,92	131	29,98	82	18,76	437
<i>Crescer</i>	11	20,75	0	0,00	38	71,70	4	7,55	53
Sub-total <u>2º Período:</u> 1994 a 2007	196	40,00	39	7,96	169	34,49	86	17,55	490
Total	348	49,22	88	12,45	181	25,6	90	12,73	707

Como se pode observar pela leitura do Quadro 6, no que diz respeito à profissão dos autores dos artigos temáticos, verifica-se que, à excepção da revista *Crescer*, que se caracteriza, como anteriormente referido, pela não identificação dos autores dos artigos publicados, a maioria dos artigos temáticos são escritos por profissionais de saúde, independentemente do período analisado. Estes profissionais podem assim ser considerados, pelo menos no que diz respeito às idades pré-escolares, quer no 1º Período: 1945 a 1958, quer no 2º Período: 1994 a 2007, como os principais intervenientes no processo de educação para a maternidade, ou seja, na regulação das condutas maternas, a que não será alheia a crescente valorização social de que a medicina foi alvo ao longo do século XX.

É ainda de salientar que enquanto nas revistas publicadas no 1º Período: 1945 a 1958 a seguir aos profissionais de saúde surgem, no que diz respeito à autoria dos artigos, os educadores, responsáveis por uma percentagem semelhante de artigos nas duas revistas analisadas (20,71% - *Os Nossos Filhos*; 25,97% - *Saúde e Lar*), no 2º Período: 1994 a 2007 este lugar é ocupado pelos profissionais da escrita, a maioria dos quais são jornalistas.

II.6. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Uma das etapas fundamentais da análise crítica do discurso é a identificação de temas presentes nos textos analisados. Segundo Ryan e Bernard (2003) este processo pressupõe a realização de um conjunto de tarefas: (1) descoberta de temas e sub-temas; (2) decisão sobre os temas que são importantes para um determinado estudo, o que envolve normalmente uma redução no número de temas inicialmente estabelecido; (3) construção de uma hierarquia de temas, ou seja, o desenvolvimento de uma grelha de classificação.

Assim, depois de se proceder a uma primeira leitura dos textos, estes foram digitalizados, dando-se início ao processo de organização dos dados, que foi realizado com o auxílio do programa ATLAS.ti, um *software* concebido para a análise qualitativa

de dados, nomeadamente de textos escritos.

No que diz respeito à identificação dos temas, esta foi realizada com base na técnica designada de análise de conteúdo qualitativa, cujo principal objectivo é, segundo Mayiring (2004), a análise sistemática de textos, designadamente daqueles produzidos pelos *mass media*, categoria em que se enquadram as *revistas de educação familiar*, fontes com base nas quais foi realizado o presente estudo.

Mais concretamente, na construção da grelha de análise que a seguir se apresenta, foi utilizado o modelo proposto por Hesser-Biber e Leavy (2006), designado pelos autores de *modelo espiral*. Numa primeira fase procedemos à identificação do que os autores designam de áreas temáticas, realizada com base nos objectivos deste estudo. Foram assim identificadas as seguintes áreas, *Concepções de Maternidade e Práticas de Maternidade*.

No que diz respeito à área temática *Concepções de Maternidade*, esta engloba todos os temas relacionados com a representação da maternidade, ou seja, os discursos relativos às características das mães, assim como às funções que lhes são socialmente atribuídas. A área temática por nós designada de *Práticas de Maternidade* inclui, por sua vez, os temas relacionados com o exercício da função maternal, ou seja, as referências à forma como as mães devem agir quotidianamente, quer antes, quer durante o período da gravidez ou ainda após o nascimento da criança. É também de referir, relativamente à área temática *Práticas de Maternidade*, que optámos por subdividi-la em três pontos – *Geração, Criação e Educação* das crianças –, divisão essa realizada a partir da estrutura proposta por A. G. Ferreira (2000) no seu trabalho sobre os discursos acerca da geração, criação e educação das crianças no Portugal de setecentos.

Depois de identificadas as áreas temáticas procedeu-se à análise de um subconjunto de textos, de forma a identificar os temas dos discursos veiculados nos artigos que constituíram o nosso *corpus* documental, em relação a cada uma das áreas de interesse acima definidas. Posteriormente, procedeu-se à leitura do restante *corpus* documental, sendo que sempre que surgiram novos temas, estes foram integrados na nossa grelha, procedendo-se, também, à fusão e/ou alteração de alguns temas identificados na análise do primeiro conjunto de textos.

II.6.1. Apresentação dos temas identificados

Neste ponto são enumerados os principais temas e sub-temas identificados em cada uma das áreas temáticas por nós definidas: *Concepções de Maternidade e Práticas de Maternidade*. Em primeiro lugar faremos referência aos temas e sub-temas identificados no 1º Período: 1945 a 1958 para, em seguida, procedemos à enumeração dos temas e sub-temas identificados no 2º Período: 1994 a 2007.

II.6.1.1. Área Temática: *Concepções de Maternidade – 1º Período: 1945 a 1958*

Em relação a esta área temática, que engloba, como anteriormente referido, as representações da maternidade, foram identificados dois temas: a *Incapacidade das Mães* e *Educação das Mães: Estratégias e Soluções*. No que diz respeito ao segundo tema, foram ainda identificados um conjunto de sub-temas, correspondendo cada um deles a uma estratégia/solução de educação para a maternidade, que passamos a enumerar: *Programas Radiofónicos e Televisivos; Cursos; Leituras; Campanhas de Educação das Mães; Instituições de Assistência e Protecção Materno-Infantil*.

II.6.1.2. Área Temática: *Práticas de Maternidade - 1º Período: 1945 a 1958*

Na área temática *Práticas de Maternidade* foram incluídos os discursos acerca da geração, criação e educação das crianças que, por sua vez, se subdividem num conjunto de temas, que passamos a apresentar (Quadro 7).

Quadro 7

Área Temática: Práticas de Maternidade – Temas e Subtemas - 1º Período: 1945 a 1958

Tema	Sub-Tema
Gerar	Cuidados Pré-Concepcionais
	Vigilância Médica na Gravidez
	Alterações no Estilo de Vida
	Alterações Associadas à Gravidez
	Desenvolvimento Pré-Natal
	Preparação Para o Parto
	Parir
Criar	Alimentação
	Higiene
	Sono
	Saúde e Doença
	Segurança Infantil
Educar	Ambiente Familiar
	Conhecimento da Criança
	Actividade Lúdica
	Desenvolvimento da Inteligência
	Desenvolvimento Emocional
Educação Moral	

II.6.1.3. Área Temática: Concepções de Maternidade - 2º Período: 1994 a 2007

No que diz respeito à área temática *Concepções de Maternidade*, e relativamente ao 2º Período: 1994 a 2007, foram identificados os seguintes temas: *Insegurança das Mães e Fontes de Informação*. O tema *Fontes de Informação*, divide-se, por sua vez, em dois sub-temas: *Leituras e Cursos*.

II.6.1.4. Área Temática: Práticas de Maternidade - 2º Período: 1994 a 2007

A área temática *Práticas de Maternidade* engloba, tal como foi anteriormente referido, os discursos acerca da geração, criação e educação das crianças. Em cada um destes temas foram identificados um conjunto de subtemas, apresentados no Quadro 8.

Quadro 8

Área Temática: Práticas de maternidade – Temas e subtemas - 2º Período: 1994 a 2007

Tema	Sub-Tema
Gerar	Planeamento da Gravidez
	Cuidados Pré-Concepcionais
	Concepção e Confirmação da Gravidez
	Vigilância Médica na Gravidez
	Alterações no Estilo de Vida
	Alterações Associadas à Gravidez
	Desenvolvimento Pré-Natal
	Preparação Para o Parto
Parir	
Criar	Alimentação
	Higiene
	Sono
	Saúde e Doença
	Segurança Infantil
Educar	Ambiente Familiar
	Conhecimento da Criança
	Actividade Lúdica
	Desenvolvimento Cognitivo
	Desenvolvimento Emocional
Educação Moral	

Depois de identificados os temas, procedeu-se à caracterização dos discursos extraídos dos artigos que constituíram o nosso *corpus* documental, caracterização essa que será apresentada no capítulo seguinte. Para tal procedeu-se a uma análise

comparativa dos discursos, de forma a identificar quer padrões, ou seja, semelhanças existente entre os diferentes textos que identificámos como pertencentes a um tema, quer diferenças.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão caracterizados os discursos sobre a maternidade, quer nos que diz respeito às *Concepções de Maternidade*, quer às *Práticas de Maternidade*, veiculados nos textos publicados nas *revistas de educação familiar*, que constituíram o *corpus* documental do presente estudo. Uma vez que o trabalho que aqui se apresenta tem como objecto dois períodos distintos de tempo, os resultados serão apresentados por ordem cronológica. Assim, iniciaremos este capítulo pela apresentação do resultados relativos ao 1º Período: 1945 a 1958, passando, em seguida, à caracterização do conteúdo dos temas identificados no 2º Período: 1994 a 2007.

Gostaríamos ainda de acrescentar que ao longo deste capítulo serão feitos comentários breves e explicativos, mas a discussão do significado e da importância dos resultados obtidos será apresentada no Capítulo IV.

III.1. CONCEPÇÕES DE MATERNIDADE - 1º PERÍODO: 1945 a 1958

A maternidade é considerada uma componente essencial da vida de qualquer mulher, a tarefa mais importante que ela pode desempenhar. Apresentada como a mais “bela missão que lhes foi confiada pela Natureza”²⁴, a dedicação das mães à criação e educação dos filhos é considerada um dever e os seus cuidados indispensáveis. São as mães que “pesam as crianças, medem-nas, espreitam-lhes os catarrros e a regularidade do ventre, notam-lhes a cor das faces”²⁵, que vigiam a sua saúde, que se transformam em *mãezinhas enfermeiras* quando as crianças adoecem, que tratam do vestuário, da higiene e da alimentação, que as orientam nas actividades do quotidiano, em suma, que

24 Cabral, G. (1948, Dezembro). V. Exª já sabe que... se já sabia, não é demais repeti-lo!... *Saúde e Lar*, 20.

25 Mira, F. (1945, Janeiro). Criar e educar. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

as criam e educam.

O interesse pela criação e educação das crianças não é, porém, exclusivo das mães. A importância atribuída socialmente à criança, considerada uma “contribuição pessoal para a prosperidade da humanidade”²⁶, transforma a sua educação numa questão que transcende o âmbito familiar e que deve ser assumida por toda a sociedade: “É evidente que a sociedade humana deveria dar às crianças os cuidados mais perfeitos e sábios, para receber, através delas, maior energia e maior valor para a futura humanidade”²⁷.

*Não serão as crianças o capital mais precioso da humanidade?*²⁸ – A importância atribuída à infância, concebida como “o ponto mais delicado e vital, onde tudo se pode decidir e renovar, onde tudo está plebiscitário de vida em que se encontram encerrados os segredos da alma, porque aí se elabora a criação do homem”²⁹ e, portanto, determinante daquilo que as crianças poderão vir a ser enquanto adultos, está na origem da valorização social da infância e, conseqüentemente, de uma maior preocupação com a forma como estas são criadas e educadas, designadamente nas idades que antecedem a entrada na escola primária.

Sendo a mãe, como já foi referido, a principal prestadora de cuidados à criança na idade pré-escolar, os autores vão interessar-se pela forma como as mulheres exercem a função maternal, tentando regular o seu comportamento através da divulgação de comportamentos próprios da *boa mãe*, salientando, simultaneamente, as suas incapacidades naturais para exercerem esta tarefa sem o auxílio da ciência, fundamento para a sua intervenção.

III.1.1. Incapacidade das mães

Tendo como característica comum o desconhecimento dos métodos modernos de

26 Anónimo (1953, Março)...e Lar. *Saúde e Lar*, 17.

27 Montessori, M. (1953, Novembro). Sem título. *Saúde e Lar*, 10.

28 Vasco, G. B. (1945, Março). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 2-3.

29 Manso, M. L. (1946, Agosto). A educação musical da criança. *Os Nossos Filhos*, 16.

criação e educação das crianças, do papel que a ciência desempenha no “alívio do sofrimento de todos”³⁰, as mães, classificadas pelos autores como ignorantes, são criticadas por tratarem os seus filhos segundo a “impulsão do momento”³¹, sem método ou, então, de acordo com doutrinas ou “métodos herdados de outrora, sugeridos pelas nossas recordações de infância e adoptados sobre a fé das amas de leite e dos serviçais; métodos descobertos não pela ciência, mas pela ignorância dos tempos”³². Como afirma o médico António Correia:

Não, não sabemos amar as crianças. Abandonamos esses pequenos seres aos azares da sorte e contentamo-nos, na melhor das hipóteses, em rodeá-los de sentimentalismo, desprezando o auxílio insubstituível da ciência e do esforço da inteligência.

Obstinamo-nos em sacrificar a criança à nossa ignorância e - porque não possuímos o bom senso suficiente para procurar no mundo em que vivemos tudo que nos ajuda a ser pais de crianças saudáveis de corpo e de espírito - praticamos um dos maiores crimes sociais que é possível conceber: somos maus pais e - o que é pior - exclusivamente devido a um desleixo que nos deixa viver na ignorância de muita coisa que devíamos saber.

O resultado de semelhante atitude está aí à frente de todos nós: mortalidade geral e, particularmente, a infantil; primeiro lugar nas estatísticas da Europa no que se refere à mortalidade originada por falta de condições higiénicas; número assustador de doentes mentais que nunca lá chegariam se vivessem uma infância protegida; único país da Europa onde em condições normais se morre de tifo exantemático...³³

A mortalidade infantil, provocada muitas vezes por doenças evitáveis, como, por exemplo, as doenças do aparelho digestivo, tais como a diarreia e a gastroenterite, assim como as falhas na educação das crianças, resultado da “falta de acção moral e educativa

30 Vasco, G. B. (1945, Março). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 2-3.

31 Anónimo (1957, Março). Para meditar. *Os Nossos Filhos*, 8.

32 Anónimo (1957, Março). Para meditar. *Os Nossos Filhos*, 8.

33 Correia, A. (1945, Maio). Como criar filhos normais?: Que fazer para lhes dar boa saúde? Como evitar desastres? Quais os bons divertimentos? Devemos empregar a pancada? *Saúde e Lar*, 6-7.

no seio da família”³⁴, surgem como os principais problemas que atingem as crianças. É ainda de salientar que estes são considerados problemas com um carácter universal, no sentido em que atingem todas as crianças, ou seja, não são só as crianças pertencentes aos “meios de escassos recursos”³⁵ que padecem destes males, mas também aquelas “nascidas em berço de ouro”³⁶, abandonadas “por mães frívolas e inconscientes”³⁷ que as deixam “entregues a criadas ignorantes”³⁸ ou, quando tal não acontece, “são, pelas próprias mães, pessimamente deseducadas”³⁹.

Identificados os problemas, assim como as suas causas, resta encontrar uma solução. Se a sua origem reside na ignorância e na negligência, que leva a mãe a descuidar “os deveres a cumprir para com os filhos”⁴⁰, torna-se necessário educá-la, preparando-a condignamente “para o bom desempenho da sua missão social, que não se restringe à maternidade física, mas se alarga a todos os campos - espiritual, intelectual, moral e económico”⁴¹. Como escreve o médico António Correia:

infelizmente, ainda não estão suficientemente divulgadas entre os pais aquelas necessidades elementares das crianças e desconhecem-se as características essenciais da vida infantil, os seus aspectos fundamentais, enfim, tudo aquilo de que necessariamente os pais deviam estar a par para ajudar as crianças a percorrer esse complexo e moroso caminho que só deve terminar pela formação de homens sãos do corpo e do espírito, perfeitamente aptos para a agitada e exigente vida moderna.

Há, pois, necessidade de procurar sair de tal situação, em benefício não só das crianças mas como dos pais e da sociedade em geral.⁴²

A educação da mãe, “elemento primacial”⁴³ da família “como educadora, não só

34 Anónimo (1945, Janeiro). As crianças e os espectáculos. *Os Nossos Filhos*, 15.

35 Picard (1953, Novembro). Serviços de auxílio à mãe. *Os Nossos Filhos*, 14.

36 Anónimo (1947, Setembro). Conselhos da avozinha: Da vida e das pessoas. *Os Nossos Filhos*, 24.

37 *Ibid.*

38 *Ibid.*

39 *Ibid.*

40 Anónimo (1945, Janeiro). As crianças e os espectáculos. *Os Nossos Filhos*, 15.

41 Costa, M. E. (1945, Novembro). A mulher educadora. *Os Nossos Filhos*, 1.

42 Correia, A. (1947, Setembro). Brinquedos. *Saúde e Lar*, 18-19.

43 Costa, M. E. (1945, Novembro). A mulher educadora. *Os Nossos Filhos*, 2, 1.

das filhas - que poderão ser mães amanhã, se encontrarem marido - mas principalmente dos filhos - futuros chefes de família”⁴⁴ é assim vista como o “meio mais poderoso e mais seguro para a protecção da infância”⁴⁵, defendendo-se, inclusivamente, a sua obrigatoriedade:

Estamos convencidos de que os conhecimentos de puericultura e higiene são tão basilares para o bem-estar dos povos, como o aprender a ler e o escrever, e deveria ser obrigatório o ensino não só nos liceus e escolas secundárias, como também para os raparigas e futuras mães que não tenham frequentado aqueles cursos.⁴⁶

Na origem da preocupação com a educação maternal está a ideia de que ser mãe é algo que necessita de ser aprendido, de que o *instinto maternal*, por si só, não garante o bom desempenho desta tarefa, como é visível no excerto que a seguir se transcreve:

É um erro julgar-se a mãe, só pela circunstância de ser mãe, conhecedora de tudo o que deve saber acerca do seu filho. O facto de ter um ou mais filhos não lhe dá o título de boa educadora; precisa aprender, esclarecer a sua intuição e boa vontade, procurando quem a auxilie.⁴⁷

Defende-se, assim, uma ruptura com o passado, a imposição de uma nova racionalidade, que implica que a educação das mães, até aí assegurada por outras mulheres (as tão referidas parentes, vizinhas e *comadres*) passe a ter por base a ciência, ou seja, que a confiança das mulheres nas redes informais de aconselhamento seja transferida para os sistemas periciais.

A valorização do conhecimento científico está, por sua vez, relacionada com a crença no papel desempenhado pela ciência no progresso da humanidade, perceptível, no que diz respeito à infância, na diminuição das taxas de mortalidade e morbidade infantis, possibilitada pelo desenvolvimento da biologia e da medicina:

44 Costa, M. E. (1945, Novembro). A mulher educadora. *Os Nossos Filhos*, 2, 1.

45 Anónimo (1954, Abril). As mães e a assistência a seus filhos. *Saúde e Lar*, 17.

46 Anónimo (1952, Dezembro). Atenção ao Centro de Enfermagem: Assistência à maternidade e à infância. *Os Nossos Filhos*, 14-15.

47 Bettencourt, M. L. (1956, Junho). Como o filho vê o pai e a mãe. *Os Nossos Filhos*, 8-9.

É facto conhecido que o desenvolvimento da bacteriologia, da bioquímica e da dietética, durante os últimos cinquenta anos, fez desaparecer muitos dos problemas trazidos às clínicas infantis. Por outro lado os antibióticos resolvem rapidamente muitos outros estados angustiosos e assim nas zonas populacionais onde se encontram as melhores condições de vida, instituídas pelo avanço das ciências, as doenças infantis quase desapareceram.⁴⁸

Contudo, apesar da diminuição das taxas de mortalidade infantil ser o elemento mais visível, porque quantificável, das vantagens da aplicação dos conhecimentos oriundos das ciências infantis, “colhidos no estudo e nas experiências realizadas durante muitos anos nas escolas, nas creches e nos laboratórios por dedicados pedagogos, médicos e psicólogos”⁴⁹, considera-se que a aplicação destes conhecimentos à componente da educação, ou seja, à formação da criança, também permitirá colher grandes benefícios:

a educação científica, sem renunciar às repressões e as sublimações que testemunham do valor moral do indivíduo, desembaraça a criança dos seus recalcamientos, das fugas psíquicas, das fixações complexuais e visa também, a uma libertação que conduz à verdadeira liberdade. Os métodos novos não libertam os instintos do homem, mas libertam o homem dos seus instintos.⁵⁰

Neste sentido, as mães são incitadas a procurar informação, a actualizar-se, ou seja a “adquirir os conhecimentos necessários para saber criar e educar” o seu filho de forma a torná-lo “são e perfeito de corpo e alma”⁵¹, tornando-se elas próprias, especialistas na infância:

É bom que se assente definitivamente nessa grande verdade que foi colhida da experiência de todos os dias: «pela natureza foi dada a toda a mulher a possibilidade de ser mãe mas, para criar e educar os seus filhos

48 Dias, M. T. F. (1952, Julho). Como tratar bem um bebé. *Saúde e Lar*, 4-6.

49 Correia, A. (1947, Setembro). Brinquedos. *Saúde e Lar*, 18-19.

50 Robin, G. (1957, Novembro). A higiene mental e os primeiros princípios da educação. *Saúde e Lar*, 4-5.

51 Anónimo (1948, Janeiro). Promete a ti própria, Mãezinha! *Os Nossos Filhos*, 11.

convenientemente, só muito poucas foram favorecidas com as qualidades necessárias». E que, realmente, não há dúvida alguma que essa tarefa requer certos predicados de vária ordem, muitos conhecimentos e algum estudo...⁵²

Esta questão torna-se ainda mais sensível quando o público-alvo pertence às classes mais favorecidas. Enquanto as mães das classes mais desfavorecidas são muitas vezes desculpabilizadas devido à dureza das condições em que vivem, para as mães *educadas*, instruídas, parece não existir desculpa possível para a sua ignorância:

Para quem conhece um pouco do mundo das crianças, do seu desenvolvimento mental e físico, das suas capacidades e actividades predominantes em cada idade, sente sempre um desgosto profundo quando constata a maneira arbitrária como a maioria dos pais educam e criam os seus filhos. E então o desgosto transforma-se em revolta quando se verifica que essas arbitrariedades partem de pessoas que tinham todas as possibilidades de dar aos seus filhos uma educação conveniente, criando miúdos saudáveis do corpo e do espírito.⁵³

Neste sentido, os autores vão procurar convencer as mães da importância de se educarem, de se informarem, ou, mais concretamente, a aderirem ao *modelo de maternidade* por eles proposto:

Muitos pais conheço eu que perdem o seu tempo nos cafés, em jogos, em leituras inúteis e, muitas vezes, em actividades bem mais de reprovar, sem que reservem de todo esse tempo alguns minutos diários para se cultivarem sobre os problemas que interessam à educação dos seus filhos. E, no entanto, não hesitam em dizer mal deste e daquele, criticando duramente, lastimando o destino que lhe deu filhos tão ingratos, insociáveis, doentes e de maus sentimentos.

Para os que estão defrontando problemas deste tipo não existe já remédio; eles estão simplesmente a expiar as suas próprias culpas, o seu desinteresse de anos

52 Correia, A. (1945, Novembro). O meu filho tem medo... *Saúde e Lar*, 16-17.

53 Correia, A. (1949, Janeiro). Crianças-Prodígios. *Saúde e Lar*, 18-19.

sucessivos. Mas, aqueles que têm filhos pequeninos, estão a tempo de evitar males semelhantes, cuidando agora da preparação do futuro, dedicando algum interesse a um problema fundamental da vida: a inteligente e cuidadosa educação dos seus filhos.⁵⁴

Em suma, a ideia transmitida pelos autores que escrevem nas revistas analisadas é a de que sem o auxílio da ciência e dos seus porta-vozes, os médicos e os pedagogos, muito dificilmente as mães conseguirão criar e educar convenientemente os seus filhos. Ou seja, de que uma condição essencial ao bom exercício da maternidade é o conhecimento dos mais recentes desenvolvimentos científicos oriundos das *ciências da infância*, conseguido através da educação para a maternidade.

III.1.2. Educação das mães: Estratégias e soluções

A educação das mães surge como a principal solução para os principais problemas que afectam a criação e educação das crianças. Mais concretamente, esta é considerada uma forma de assegurar o bem comum, de contribuir para o bem-estar de cada criança, individualmente, mas também para o bem-estar colectivo, ao devolver à sociedade adultos saudáveis, equilibrados e felizes.

Tendo presente este princípio, e com o intuito de colaborar nesta “grande obra de esclarecer, educar as Mães, e proteger os filhos, protegê-los sob todos os aspectos”⁵⁵, os autores vão publicar conselhos considerados “indispensáveis para elucidar as mães portuguesas”⁵⁶.

Contudo, não são só os autores que consideram importante a disponibilização deste tipo de informação. Tal também é solicitado e apreciado pelas próprias mães que, reconhecendo autoridade naqueles que a produzem, escrevem para as revistas com o objectivo de esclarecer dúvidas sobre os mais variados temas, desde a saúde até à forma

54 Correia, A. (1949, Janeiro). Crianças-Prodígios. *Saúde e Lar*, 18-19.

55 Anónimo (1947, Setembro). Conselhos da avozinha: Da vida e das pessoas. *Os Nossos Filhos*, 24.

56 Anónimo (1947, Janeiro). Esperando o mundo que há-de vir. *Saúde e Lar*, 10-11.

como devem proceder para disciplinar as crianças.

Para além da divulgação de informação e de resposta, em rubricas próprias, às questões colocadas pelas mães, os autores vão ainda referir quais os livros que as mães devem ler; divulgar a realização de cursos para pais, assim como de programas radiofónicos e televisivos sobre a criação e educação das crianças; e, por último, dar a conhecer o trabalho realizado por diversas instituições destinadas à assistência e protecção da mulher e da criança que se dedicam também à educação das mães, aspectos que serão abordados em seguida.

III.1.2.1. Programas radiofónicos e televisivos

A rádio, e muito mais tarde a televisão, são veículos utilizados neste empreendimento de educação das mães. Maria Lúcia Namorado, directora de *Os Nossos Filhos*, vai ser responsável por programas na Rádio Clube Português e também na Rádio Televisão Portuguesa, cuja realização é publicitada na revista.

Estes programas parecem ter tido algum sucesso como podemos verificar pelo testemunho de um leitor de *Os Nossos Filhos*, farmacêutico em Monchique: “Os programas radiofónicos, mercê do favor de amigos dedicados que têm aparelho de rádio, têm sido ouvidos por muitas mães. Os ensinamentos de muito lhes têm servido, porque já vão usando no tratamento das crianças os conselhos escutados.”⁵⁷

É de salientar que uma das vantagens da rádio é permitir chegar a um maior número de mulheres do que a imprensa escrita, por ser acessível às mulheres analfabetas, que constituem uma parte apreciável da população feminina portuguesa no Portugal dos anos 50.

Outra das iniciativas que surgem no âmbito da educação para a maternidade, de carácter mais formal, objecto de divulgação em *Os Nossos Filhos*, são os cursos para as mães.

⁵⁷ Anónimo (1945, Novembro). Um grande amigo das crianças. *Os Nossos Filhos*, 15.

III.1.2.2. Cursos

Os *cursos de preparação para futuras mães* são identificados, nos anos 50, como “uma das maiores necessidades do nosso tempo”⁵⁸. Esta é a percepção, entre outros, de Vítor Fontes que cria uma *Escola de Pais*, no Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, do qual era director. O curso, composto por 16 lições que se realizavam “às 2ª e 6ª feiras, às 21h30mn”⁵⁹, tinha como principal objectivo “esclarecer os Pais sobre a personalidade dos seus filhos, e ajudá-los a resolver os seus problemas”⁶⁰.

Simultaneamente, instituições de assistência materno-infantil, já dedicadas à educação das mães que as frequentam, como é o caso do *Centro de Enfermagem Assistência à Maternidade e Infância*, abrem as portas a novos públicos, organizando também cursos para raparigas e senhoras interessadas nestes assuntos:

Este Centro - não só de enfermagem, mas também de saúde pública - além de prestar assistência às Mães e às Crianças, como o seu nome indica, orienta e ensina as famílias inscritas no Centro. Agora, porém, vai mais longe. Abre as suas portas a qualquer senhora que deseje saber como se cuida da criança pequena; numa série de 6 lições teóricas, e 6 meses de prática, as alunas receberão os conhecimentos necessários para saberem cuidar da criança pequena.

Eis uma oportunidade excelente que se oferece às raparigas e senhoras lisboetas, de aprenderem com médicos especialistas e enfermeiras graduadas, a tratar de crianças pequenas.⁶¹

Os cursos englobam uma variedade de conhecimentos, que vão dos cuidados a

58 Osswald, M. H. (1948, Fevereiro). A formação da mãe. *Os Nossos Filhos*, 7.

59 Anónimo (1957, Maio). Escola de pais. *Os Nossos Filhos*, 5.

60 *Ibid.*

61 Anónimo (1955, Março). Uma iniciativa para si: Com cuidar da criança pequena. *Os Nossos Filhos*, 7.

ter durante a gravidez às noções de desenvolvimento da criança. O programa das aulas do “curso de 6 lições para as futuras Mães” do Centro de Saúde de Lisboa, inclui as seguintes áreas temáticas:

1.^a - a) Desenvolvimento normal da criança pre e post-partum.

b) Higiene pessoal.

Sono; exercício; emonctórios; peso; demonstração da posição correcta para se sentar e deitar na cama, de maneira a obter maior conforto.

2.^a - Alimentação racional.

a) Quadros com os alimentos necessários para uma alimentação racional; quantidades; preços de mercado.

b) Explicação da necessidade em se utilizar na alimentação os alimentos indicados.

3.^a - Aulas de costura e malhas.

4.^a - Idem.

a) Vestidos próprios para a gravidez; demonstração de corpete e cintas.

5.^a - a) Explicar o estado de gravidez nos últimos dez dias antes do parto - sinais da proximidade do parto.

b) Preparativos para o parto.

c) Os primeiros dez dias após o parto - cuidados a ter com a Mãe.

6.^a - a) Higiene da Mãe que amamente o seu filho.

b) Higiene do bebé - técnica do banho do bebé.⁶²

Para além da referência aos cursos citados nos parágrafos anteriores, vão ser ainda divulgados nas revistas analisadas títulos de livros que as mães devem ler acompanhados, por vezes, de uma breve recensão.

62 Anónimo (1945, Maio). O Centro de Saúde de Lisboa. *Os Nossos Filhos*, 12-13.

III.1.2.3. Leituras

Os livros constituem um auxiliar das mães modernas na criação e educação dos seus filhos, constituindo a sua leitura e a aplicação prática dos preceitos neles descritos, um elemento importante do bom exercício do papel maternal:

Este bebé despertou agora, no seu bercinho cor de rosa, é uma criança sadia, bem tratada – feliz. (...) a Mãe, que não possui nenhuma preparação especial, teve o bom senso de comprar e ler os melhores livros de puericultura, cujos conselhos segue diariamente.⁶³

São assim publicadas referências a livros escritos por médicos e pedagogos, dos quais são muitas vezes transcritos excertos, tais como “‘O Guia das Mães’, da Dr.^a Branca Rumina; ‘O Meu Menino’, pelo Dr. Samuel Maia; ‘Mãe e Filho’, do Dr. Ferreira de Mira; ‘Eu quero conhecer o meu filho’, do Dr. António Correia; ‘Introdução à Psicologia das Crianças’, da autoria do Dr. Emile Planchard”⁶⁴, “‘A Criança’, de Maria Montessori”⁶⁵.

Para além da indicação do título dos livros que as mães devem ler são ainda publicadas pequenas recensões, como é o caso daquela em que se apresenta a obra *A higiene, a Criança e o conforto do Lar*, da autoria da médica Custódia do Vale.

A recensão acima mencionada é particularmente interessante porque chama a atenção para uma questão importante: a percentagem elevada de analfabetismo entre as mulheres portuguesas, incapazes de aceder quer aos periódicos, quer aos títulos neles sugeridos. Como se explica no próprio artigo, apesar de esta ser uma obra “que interessa principalmente às mulheres do campo”, a maioria das mulheres que constituem o seu público alvo nunca a lerão “pela simples e triste razão de que a maior parte delas não

63 Anónimo (1945, Maio). O menino dorme... *Os Nossos Filhos*, 15.

64 Anónimo (1953, Maio). Psicologia infantil. *Os Nossos Filhos*, 7.

65 Anónimo (1947, Julho). Os teus problemas, mãezinha: Da educação das crianças e dos adolescentes. *Os Nossos Filhos*, 24.

sabe ler”⁶⁶.

É precisamente com o objectivo de abarcar também este número significativo de mulheres portuguesas que vai surgir um conjunto de iniciativas, umas de carácter mais formal, como, por exemplo, as conferências que se realizam nas obras de assistência materno-infantil, de que falaremos mais adiante, e outras mais informais, como a campanha realizada através da revista *Os Nossos Filhos*, a favor do envolvimento das suas leitoras na educação daqueles que nada sabem.

III.1.2.4. Campanhas de educação das mães

Para além de terem o dever de ser conhecedoras dos princípios científicos de criação e educação das crianças, as mães instruídas devem ser, elas próprias, propagandistas destas regras, sendo esta uma ideia ampla e exclusivamente difundida em *Os Nossos Filhos*:

Aproveite todas as oportunidades, provoque-as, mesmo, se for preciso, e a sua influência benéfica será imensa! Com simplicidade, com simpatia, sem pedantismo, com aquela real fraternidade que deve unir todas as mulheres, com aquele profundo interesse que todas as mulheres devem dedicar às crianças - ajude-nos a combater os erros, a divulgar os princípios basilares da puericultura, da higiene, da educação, de tudo o que possa contribuir para a saúde física e moral, para a felicidade dos filhos de todas nós!⁶⁷

Para além do dever de aproveitar todas as ocasiões que naturalmente lhes surjam, as senhoras também são aconselhadas a realizar reuniões de forma a difundir os modernos princípios de criação e educação das crianças. É proposto, por exemplo, que as “professoras e outras senhoras das aldeias” organizem “pequenas e despretensiosas reuniões semanais (...) em casa das próprias camponesas, que ficarão desvanecidas com

66 Anónimo (1945, Novembro). Sem título. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

67 Anónimo (1950, Agosto). Minha senhora, ajude-nos! *Os Nossos Filhos*, 11.

a visita, procurarão arrumar, limpar a alindar a habitação, para as receber, e onde as vizinhas irão com mais facilidade”⁶⁸ ou ainda que reúnam grupos de mães para assistir aos programas radiofónicos e televisivos acerca da criação e educação das crianças, aproveitando para debater os assuntos aí tratados:

E a propósito, ocorre-nos apresentar uma sugestão, àqueles nossos leitores e bons amigos que verdadeiramente se interessam pela felicidade das nossas crianças: organizem, por esse país além, reuniões de jovens pais para assistirem a estes programas, findo os quais os assuntos neles apresentados sejam discutidos, sob a orientação de professores e médicos presentes. Como será fácil - e económico! - levar assim os mais elementares e necessários conhecimentos da puericultura e da psicologia infantil, à quase totalidade da população portuguesa! A ideia aí fica.⁶⁹

O que se procura, com esta campanha, é a difusão dos princípios científicos da criação e educação da criança, sistematizados em duas ciências – a puericultura, que tem como objecto os cuidados com o corpo e a psicologia infantil, que se ocupa do espírito da criança – a todas as camadas da população. As *boas mães* têm assim não só o dever de procurar “estar à altura da sua missão, mas também contribuir para que as outras mães se instruem e haja menos crianças infelizes”⁷⁰.

III.1.2.5. Instituições de assistência e protecção materno-infantil

A educação das mães constitui parte essencial do trabalho realizado nas instituições de assistência materno-infantil, trabalho esse que é alvo de divulgação ampla e exclusiva em *Os Nossos Filhos*. Estas instituições são apresentadas como exemplos a seguir, sendo frequentemente invocada a necessidade de mais iniciativas

68 Anónimo (1945, Novembro). Sem título. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

69 Anónimo (1957, Novembro). O mundo dos nossos filhos: Um programa para os pais na Rádio Televisão Portuguesa. *Os Nossos Filhos*, 5.

70 Anónimo (1947, Setembro). Informações. *Os Nossos Filhos*, 24-25.

deste tipo, na criação das quais se exige não só o empenhamento do Estado, mas também da sociedade civil.

Criadas com o objectivo de defender a “saúde da população com todos os meios preventivos ao seu alcance, pondo a ciência ao serviço do conhecido rifão: ‘mais vale prevenir do que remediar’”⁷¹, estas obras têm como principais finalidades “evitar que a criança adoça ou adquira qualquer anomalia” e promover o seu desenvolvimento, aproveitando “ao máximo o seu poder vital”⁷², ou seja, assegurar a qualidade da população.

Neste sentido, para além da vigilância e dos cuidados médicos prestados, quer à grávida quer à criança, existe uma preocupação com “a orientação das mães nos cuidados aos filhos”⁷³, com o ensino de “medidas que contribuam para assegurar o desenvolvimento normal dos seus filhos”⁷⁴, ou seja, com a transmissão das regras científicas de criação e educação das crianças.

Contudo, apesar da persistência daqueles que trabalham nestas instituições, a luta “contra a ignorância e a inércia das mães”⁷⁵ nem sempre se revela tarefa fácil. Tais dificuldades são testemunhadas pelo director do Dispensário de Higiene Infantil do Funchal, ao falar da dificuldade em “fazer frequentar os primeiros postos puerículas” pelas mães que, para além de não perceberem a sua importância, são “adversas aos conselhos e aos cuidados do Dispensário”, não se deslocando de livre vontade “se lá não lhes davam nada”⁷⁶. É ainda referida a dificuldade em fazer entender às mulheres a necessidade de vigilância médica periódica da criança, como forma de assegurar a sua saúde, ou seja, a necessidade de cuidados preventivos:

A dificuldade maior que temos tido é convencer as mães a trazerem ao Dispensário as crianças no dia indicado, para a observação periódica, pois,

71 Anónimo (1945, Maio). O Centro de Saúde de Lisboa. *Os Nossos Filhos*, 12-13.

72 D'Almada, B. F. (1951, Julho). O Dispensário de Higiene Infantil do Funchal. *Os Nossos Filhos*, 14-15.

73 *Ibid.*

74 Anónimo (1945, Maio). O Centro de Saúde de Lisboa. *Os Nossos Filhos*, 12-13.

75 D'Almada, B. F. (1951, Julho). O Dispensário de Higiene Infantil do Funchal. *Os Nossos Filhos*, 14-15.

76 *Ibid.*

ainda hoje, muitas faltam, alegando que a criança não estava doente, no dia indicado, visto as mães menos esclarecidas não compreenderem que se deva levar o filho ao Dispensário, quando tem saúde, e só com o fim de evitar que venha o adoecer.⁷⁷

De forma a garantir que a criança seja assistida na instituição são utilizadas as mais diversas estratégias, que vão desde a “distribuição de farinhas e leite só com o intuito de as [mães] prender e manter a criança sob os cuidados do Posto”⁷⁸, até à persuasão, sob a forma de “visitas consecutivas” a algumas famílias, “a fim de se conseguir que compreendessem a necessidade de trazerem as crianças ao Centro de Saúde”⁷⁹.

Um elemento essencial do processo educativo realizado no seio destas instituições são as *conferências* com as enfermeiras que, normalmente, têm lugar após a consulta médica. Definidas como “processos de contacto entre a família e o médico, ou enfermeira”⁸⁰ permitem que, para “além do ensino sanitário”, muitas vezes através de demonstrações práticas adaptadas “ao grau de inteligência dos pais”⁸¹, se auxilie “as mães seguir as indicações prescritas pelo clínico, tanto médicas como as respeitantes ao regime alimentar da criança”⁸², verificando-se até que ponto “foram absorvidas”⁸³ e compreendidas.

Podemos então afirmar que se assiste, no seio destas instituições, a uma conjugação entre a vigilância médica da grávida e da criança e a educação das mães, duas estratégias tidas como complementares na resolução dos problemas da infância. É ainda de realçar que estas duas estratégias fazem parte de um programa mais vasto que permite não só resolver os problemas actuais, como também prevenir problemas

77 Gouvêa, J. E. (1951, Julho). A acção social do Dispensário de Higiene Infantil do Funchal. *Os Nossos Filhos*, 16.

78 D'Almada, B. F. (1951, Julho). O Dispensário de Higiene Infantil do Funchal. *Os Nossos Filhos*, 14-15.

79 Anónimo (1945, Maio). O Centro de Saúde de Lisboa. *Os Nossos Filhos*, 12-13.

80 Enfermeiras Professoras da Escola Técnica de Enfermeiras do IPO (1953, Novembro). O papel da Enfermeira de Pediatria e a sua preparação. *Os Nossos Filhos*, 10.

81 *Ibid.*

82 Anónimo (1945, Maio). O Centro de Saúde de Lisboa. *Os Nossos Filhos*, 12-13.

83 Enfermeiras Professoras da Escola Técnica de Enfermeiras do IPO (1953, Novembro). O papel da Enfermeira de Pediatria e a sua preparação. *Os Nossos Filhos*, 10.

futuros, através da construção de corpos saudáveis e robustos.

Em suma, podemos concluir que se assiste à difusão da ideia de que a principal solução para os problemas da infância, com que os autores se deparam diariamente, é a educação das mães. Assim, tem lugar uma campanha em prol da educação para a maternidade, cujo principal objectivo é a transformação das práticas e dos comportamentos maternos que deverão, doravante, reger-se por princípios cientificamente comprovados e não, como até aí acontecia, pela tradição e pelo instinto.

De forma a auxiliar as mães no seu processo educativo e, conseqüentemente, contribuir para a protecção à infância, para além da publicitação das iniciativas anteriormente referidas, os autores vão procurar difundir aqueles que julgam ser os princípios que devem reger a criação e a educação das crianças, utilizando para tal diversos processos. Como explica o médico Gilberto Vasco:

aqueles que uma vez tenham verificado do bom proveito destes métodos, devem contribuir a seu turno para a sua expansão, aconselhando a utilização, e o seu conhecimento, quer junto dos médicos especializados, sempre preferível quando possível, quer por intermédio das revistas e outros processo de divulgação.⁸⁴

São precisamente as normas comportamentais publicadas nas *revistas de educação familiar* editadas no 1º Período: 1945 a 1958 que passaremos a apresentar. Para tal será utilizada uma estrutura temporal, com início no período anterior à concepção, momento a partir do qual as mães são responsabilizadas pelo futuro dos filhos, seguido pela apresentação dos temas relativos à geração, ao nascimento, à criação e, por último, à educação das crianças.

III.2. PRÁTICAS DE MATERNIDADE – 1º PERÍODO: 1945 a 1958

Passaremos agora a apresentar os resultados referentes àquelas que são

84 Vasco, G. B. (1945, Março). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 2-3.

consideradas, pelos autores das revistas analisados, as práticas de geração, criação e educação das crianças as mais adequadas, no que diz respeito às crianças em idade pré-escolar. Sempre que possível, faremos ainda referência à perspectiva das mães sobre estas mesma práticas.

III.2.1. Gerar

A responsabilização da mãe pela saúde do filho não se inicia após a sua concepção, mas sim antes, na garantia de que tanto ela quanto o pai dos seus futuros filhos são saudáveis e, portanto, capazes de produzir crianças sãs. Depois de concebida, a responsabilidade aumenta, no sentido em que a preservação da saúde da grávida, quer no que diz respeito ao aspecto físico, quer psicológico, é essencial para garantir a saúde da criança que vai nascer.

III.2.1.1. Cuidados pré-concepcionais

A responsabilização das mães pelo futuro dos filhos tem início no momento em que escolhem o futuro parceiro, que se pretende saudável e sem *taras*. Como explica o médico Jacques Moulin:

Parecendo paradoxal falar de puericultura antes do nascimento da criança, não o é, afinal, visto ser a criança uma vítima das *taras* de seus pais, da mesma forma que beneficia das suas qualidades.

Uma pesada tara, duas *taras* juntas, podem originar um degenerado, tão inútil como desgraçado⁸⁵

A importância da componente hereditária no futuro da criança, designadamente

85 Moulin, J. (1947, Janeiro). Puericultura pré-natal e higiene da gravidez. *Os Nossos Filhos*, 12.

no que diz respeito às “características da personalidade e da constituição”⁸⁶, é salientada pelos autores, que defendem que a união de duas pessoas não deve ser feita ao acaso, mas só depois de uma análise detalhada do estado de saúde dos futuros pais. O parceiro deverá, então, ser cuidadosamente observado devendo-se, inclusivamente, proceder à análise do estado de saúde dos antepassados:

Qualquer homem ou mulher pode prever os filhos que terá se observar atentamente que companheiro escolheu para a vida conjugal. O que será o filho está retratado no carácter e no aspecto dos pais. Pode haver excepções; contudo, neste capítulo, ninguém deve agarrar-se à ténue esperança de uma rara excepção, mas ao cumprimento infalível de uma lei - «Tal pai, tal filho». Antes do casamento ou da vida conjugal capaz de procriar filhos, é dever das duas partes indagar não só do carácter e da saúde não só do companheiro em perspectiva mas também dos respectivos antepassados.⁸⁷

Neste contexto, dois aspectos são salientados, o problema dos casamentos consanguíneos e o aconselhamento das mulheres, futuras mães. No que diz respeito à primeira questão, os leitores são aconselhados a evitar esse tipo de casamento, “sobretudo entre primos de primeiro grau”, dada a maior possibilidade destes serem portadores das mesmas doenças, correndo-se, inclusivamente, um maior risco de “ver aparecer nos filhos uma tara que se não tinha revelado nos pais”⁸⁸.

*A menina quer casar*⁸⁹ - O aconselhamento das mulheres assume especial importância por se considerar que possuem uma incapacidade natural para seleccionar, com base em critérios racionais, o futuro pai dos seus filhos. Mais concretamente, esta preocupação deriva da sua predisposição natural para o sentimentalismo e para o sacrifício pelo *ser amado*, mais forte nas jovens, que as conduzem, muitas vezes, a ignorar as consequências da união com um homem doente:

86 Anónimo (1957, Setembro). A propósito da hereditariedade. *Os Nossos Filhos*, 6.

87 Anónimo (1947, Setembro). Podeis prever os filhos que tereis! *Saúde e Lar*, 8-9.

88 Anónimo (1957, Setembro). A propósito da hereditariedade. *Os Nossos Filhos*, 6.

89 Lúcia, M. (1946, Abril). A menina quer casar. *Os Nossos Filhos*, 9.

as raparigas sentimentais (...) até julgam ver na pouca saúde dum rapaz mais um motivo para lhes serem dedicadas. Pessoa doente e, para mais, jovem, tem necessariamente certa expressão de sofrimento, de melancolia, que não é difícil aureolar de sentimentalismo - mórbido é certo, mas grato a certos temperamentos e a certas fases evolutivas da juventude. E a alma feminina, generosa e disposta ao sacrifício, não hesita em amparar amorosamente, maternalmente, o menos dotado, o mais infeliz.

Ora, isto será muito bonito nos romances, mas na vida os resultados são desastrosos.⁹⁰

De forma a colmatar esta *tendência natural* é recomendado que a rapariga seja “educada na família, na escola, a dominar sentimentalismos piegas e a corrigir os erros dos homens que não sejam suficientemente inteligentes para evitar situações desagradáveis no seu futuro lar”⁹¹.

As mães surgem, assim, desde logo, como as principais responsáveis pelo bem-estar das crianças, cabendo-lhes o dever de assegurar a saúde dos seus futuros filhos, através da escolha de um pai *suficientemente bom*:

Nunca se deveriam unir duas pessoas de sexos diferentes ao acaso, isto é, impulsionadas por uma inclinação passional, tantas vezes ilusória, imaginária, ou, então, obcecadas por determinados bens materiais que possam existir de parte a parte.

Se a verdadeira felicidade da mulher está na maternidade, é preciso que ela, em benefício próprio, vá pensando nas condições mais favoráveis a essa mesma felicidade, isto é, que procure unir-se a um homem que possua qualidades de saúde moral e física que garantam a procriação de seres saudáveis sob este duplo aspecto.⁹²

Para que a escolha de um parceiro capaz de garantir a geração de crianças

90 Lúcia, M. (1946, Abril). A menina quer casar. *Os Nossos Filhos*, 9.

91 Anónimo (1947, Setembro). Podeis prever os filhos que tereis! *Saúde e Lar*, 8-9.

92 Vale, M. I. F. (1948, Março). A mulher na missão de mãe. *Os Nossos Filhos*, 6.

saudáveis aconteça o médico deverá ser o principal auxiliar da mulher já que só ele, através da realização de um exame pré-nupcial, poderá garantir que o futuro pai/mãe reúne as condições físicas para conceber uma criança saudável.

Exame médico pré-nupcial - O *exame médico pré-nupcial* surge como uma medida de largo alcance social, pois permite que tanto o homem como a mulher conheçam o seu verdadeiro estado de saúde, evitando assim que os filhos venham a padecer dos mesmos males. A necessidade de recorrer ao médico, no processo de avaliação do parceiro, prende-se com o facto de só ele poder calcular os riscos, para a prole, de uma determinada união:

só o médico pode dizer se uma deformação, ou deficiência mental, ou defeito da visão, etc., são acidentais ou hereditários, e portanto se há o perigo de serem transmitidos de geração em geração

Antes do casamento, todos os jovens, rapazes e raparigas, deviam ter uma larga conversa com o seu médico assistente, sobre si próprios e seus ascendentes. Devidamente esclarecidos, e seguindo as recomendações do médico, muitos casais poderiam evitar os graves problemas que seus filhos representam.⁹³

Os benefícios individuais e sociais decorrentes da realização do exame pré-nupcial são tão vastos que se defende, inclusivamente, a obrigatoriedade da sua realização, à semelhança do que acontecia, por exemplo, com a imposição do *certificado pré-nupcial* em França:

Para se obter a licença para se construir uma casa, é necessário apresentar planta feita por arquitecto ou com a assinatura de alguém legalmente registado, em condições de se responsabilizar pela construção. Exige-se material bom, que possa garantir a segurança e estabilidade do edifício, salvaguardando-se a vida do povo.

Quando se precisa viajar a bordo de um vapor, em demanda de qualquer porto estrangeiro, é indispensável o atestado de saúde, sem que o viajante não poderá comprar a passagem.

93 Anónimo (1957, Setembro). A propósito da hereditariedade. *Os Nossos Filhos*, 6.

Quando se trata, porém, de estabelecer um lar, a mais sagrada e a mais importante das instituições, o fundamento da sociedade, do qual depende o futuro da Pátria, não existe a devida precaução; não se tomam as providências que amparem a raça, que protejam os nubentes!

(...)

A obrigatoriedade do exame pré-nupcial rigoroso, em todas as partes, muito ajudaria a combater a mortalidade infantil; salvaria de uma vida de muita amargura e sofrimento a muitos e muitos cônjuges; levaria a felicidade aos novos lares que fossem estabelecidos; melhoraria a raça e seria uma grande bênção para a sociedade.⁹⁴

Mais especificamente, a realização deste exame permite descobrir quer as doenças passíveis de serem transmitidas à descendência, quer as que podem ser agravadas por uma gravidez ou no momento do parto, ou seja, as doenças que “pela união dos cônjuges, poderiam contaminá-los (doenças infecciosas, tuberculose, sífilis)”, as “que são origem de taras transmissíveis à descendência (alcoolismo, sífilis, demência, hemofilia)”, quer “as doenças adquiridas, que constituem uma causa de debilidade e se agravam na ocasião dum parto ou duma gravidez (doenças cardíacas, renais, ósseas)”⁹⁵.

A preocupação com a saúde dos progenitores está intimamente relacionada com a importância atribuída à hereditariedade, tal como foi anteriormente referido, sendo realçado o carácter hereditário da “predisposição à saúde ou à doença”⁹⁶, assim como doenças específicas como, o cancro, as doenças do coração, a hemofilia ou a epilepsia; características da personalidade ou, ainda, aspectos relacionados com a constituição física, como os que a seguir se enumeram:

1. *Os traços físicos*: comprimento do nariz, cor dos olhos e dos cabelos, forma dos dedos, etc.
2. *As qualidades mentais*: inteligência, habilidade, juízo, etc.
3. *O carácter*: negligente ou cuidadoso, impulsivo ou fleumático, sensível ou

94 Santos, O. E. (1953, Julho). Exame pré-nupcial. *Saúde e Lar*, 1.

95 Moulin, J. (1947, Janeiro). Puericultura pré-natal e higiene da gravidez. *Os Nossos Filhos*, 12.

96 Anónimo (1947, Setembro). Podeis prever os filhos que tereis! *Saúde e Lar*, 8-9.

insensível, alegre ou triste; etc.

4. *As tendências relativas às funções corporais*: actividade digestiva, rapidez das trocas celulares e do desenvolvimento, etc.

5. *As tendências para a força ou a fraqueza* de certos órgãos.

6. *As reservas de força nervosa*.⁹⁷

Para além da hereditariedade existem outros factores que, ao afectarem a qualidade da *semente*, através da sua *contaminação*, vão interferir na saúde da criança. Neste contexto, são referidos os efeitos do alcoolismo, assim como das doenças infecto-contagiosas, sendo dada especial atenção à sífilis. Tal como explica a médica Olga Lima, num artigo sobre puericultura pré-natal:

As minhas modestas palavras têm por fim esclarecer os pais e os futuros pais, desprevenidos ou descuidados sobre as consequências da geração, quando portadores de intoxicações e de doenças infecto-contagiosas e não tratadas ou mal tratadas, cuja influência vai actuar na célula, masculina e feminina, que contém a semente da vida humana.⁹⁸

Embora de natureza diferente, tanto o alcoolismo como a sífilis são considerados responsáveis por “*taras transmissíveis à descendência*”⁹⁹. Relativamente à sífilis é de realçar que embora fosse, nesta altura, uma doença passível de tratamento, ainda era uma das principais causas de morte intra-uterina. Tal facto é atribuído à ignorância, desleixo, falta de recursos ou ainda a um sentimento de vergonha por parte dos pais que sabem ser portadores da doença:

Uns ainda por ignorância, outros por descuido ou falta de recursos, outros por se sentirem **aparentemente** saudáveis, muitos naturalmente por incredulidade. Digo incredulidade, porque há-de haver quem não acredite que a sífilis é capaz de inutilizar um ente para toda a vida.

Outro factor importantíssimo há, com o qual é **preciso lutar**.

97 Anónimo (1953, Março)...e Lar. *Saúde e Lar*, 17.

98 Lima, O. (1947, Maio). Considerações sobre puericultura pré-natal. *Os Nossos Filhos*, 10.

99 Moulin, J. (1947, Janeiro). Puericultura pré-natal e higiene da gravidez. *Os Nossos Filhos*, 12.

É o sentimento de vergonha que muitas pessoas sentem, que as impede de confessar que são portadoras da sífilis.¹⁰⁰

Os autores são especialmente severos com os pais que, por não se tratarem, permitem que nasçam *pequenos monstros*, a quem espera uma vida de sofrimento: “É um pecado ter a consciência do seu mal e transmiti-lo à carne da sua carne, gerando um pequenino monstro. Que remorsos tê-lo constantemente diante dos seus olhos e da sua consciência culpada”¹⁰¹.

No que diz respeito ao alcoolismo, os leitores são alertados para os perigos inerentes à ingestão de álcool, quer para o próprio indivíduo, quer para a sua descendência:

o efeito nocivo do álcool não se manifesta unicamente sobre o organismo de quem o bebe. A sua influência nefasta repercute-se também sobre os seus descendentes, pobres crianças que pagam, inocentemente, umas vezes com a vida, outras vezes com uma existência miserável, o vício de seus pais.¹⁰²

É preciso não esquecer que a atenção à saúde e ao carácter da criança que vai nascer se prende com preocupações mais vastas, de carácter eugénico, designadamente com a questão da qualidade das populações, ou seja, com o “melhoramento genético do homem, isto é, o aperfeiçoamento físico e psíquico do ser humano por meio da selecção dos pais”¹⁰³.

O exame pré-nupcial possibilita, ainda, a averiguação do grupo sanguíneo dos pais, mais concretamente do factor Rh, apelidado de *assassino misterioso*. Recentemente descobertas (1940) as consequências da incompatibilidade de Rh entre pai e mãe, e ainda sem solução, existe já uma preocupação em alertar os pais para a importância da sua determinação informando-os, para isso, das consequências nefastas deste problema:

100 Lima, O. (1947, Maio). Considerações sobre puericultura pré-natal. *Os Nossos Filhos*, 10.

101 *Ibid.*

102 Fernandes, A. (1948, Maio). O alcoolismo. *Os Nossos Filhos*, 11.

103 Vale, M. I. F. (1948, Março). A mulher na missão de mãe. *Os Nossos Filhos*, 6.

À cerca de cinco anos a classe médica via-se muitas vezes ludibriada no que se referia a muitos casos de aborto espontâneo, parto prematuro e de recém-nascidos doentes que morriam poucas horas após o nascimento. Isto verificava-se na frequência de um para trezentos casos de gravidez, mas era uma causa constante de insucessos¹⁰⁴

Uma vez identificados os aspectos que poderão interferir na saúde da descendência - factores hereditários, algumas doenças infecto-contagiosas e outros problemas, como o alcoolismo ou o factor Rh – e dada a impossibilidade de encontrar solução para alguns deles, a questão que se coloca é o que fazer perante um pai/mãe incapaz de gerar filhos saudáveis.

Embora a maioria dos autores defenda que perante a impossibilidade de cura a melhor solução é evitar o casamento, há quem sustente que tal é uma limitação aos direitos dos indivíduos, uma ilegalidade: “Esta selecção (...) nunca poderá ser imposta porque uma das condições para a legalidade dos casamentos é a escolha livre por parte dos cônjuges”¹⁰⁵. É assim proposto, neste caso específico, o controle da natalidade – “evitem os filhos, se não puderem evitar o casamento”¹⁰⁶ - justificada com base nos direitos da própria criança, ou seja, pelo facto de ao indivíduo assistir o direito de nascer saudável.

Contudo, a preocupação com a saúde dos pais não se esgota na constatação de que estão aptos a casar e/ou procriar. Mais concretamente, não se trata somente de assegurar a saúde, mas também de a preservar.

No que diz respeito à mulher, a preservação da sua saúde deverá iniciar-se não no momento do casamento, mais muito antes. Uma vez que a maternidade é considerada uma das suas principais funções femininas é aconselhado que as meninas sejam ensinadas, desde cedo, a cuidar do seu corpo, de forma a garantir a saúde dos seus futuros filhos:

Convém, pois, preparar desde cedo as meninas em vista das maternidades

104 Edward, J. T. (1949, Maio). O factor RH: O misterioso assassino. *Saúde e Lar*, 10-11.

105 Vale, M. I. F. (1948, Março). A mulher na missão de mãe. *Os Nossos Filhos*, 6.

106 Anónimo (1947, Setembro). Podeis prever os filhos que tereis! *Saúde e Lar*, 8-9.

futuras. Inculcar-se-lhes-á esta noção fundamental: seu estado de saúde não afecta apenas a sua própria existência e felicidade, mas também a existência e felicidade daqueles que trouxerem ao mundo. Explicar-se-lhes-á também porque é necessário que conserve o corpo puro e forte por amor daqueles que lhe darão um dia o belo nome de mamã.¹⁰⁷

Um aspecto que merece particular atenção, no que diz respeito à preservação da saúde, é a alimentação. Neste sentido, os pais são alertados para a importância de seguirem um regime alimentar completo e equilibrado, assim como para a importância das vitaminas, designadamente das vitaminas A, D e E, na geração de uma criança saudável, uma vez que se considera que a sua carência pode provocar deformações da face e deficiência mental.

Preservado o corpo e escolhido o parceiro, o passo seguinte consiste na manutenção da saúde durante o período de gestação, através do seguimento das prescrições do médico. Considerada a principal responsável pelo bem-estar do feto, a mãe é alertada para o facto dos cuidados tidos durante este período se revestirem de especial importância, não só por contribuírem para que o parto decorra da melhor forma possível, mas sobretudo por serem a garantia quer da saúde do bebé, quer do adulto em que se transformará. Como escreve a enfermeira Madalena Taveira, “os cuidados da grávida e a preparação pré-natal têm, já, em vista a vida adulta da Criança”¹⁰⁸.

Um elemento essencial desses cuidados é o seguimento médico da gravidez, tema que passaremos a apresentar.

III.2.1.2. Vigilância médica na gravidez

Partindo do princípio que “a vida da criança não começa no dia do seu

107 Anónimo (1953, Março)...e Lar. *Saúde e Lar*, 17.

108 Taveira, M. (1953, Setembro). O papel da Enfermeira de Pediatria e a sua preparação. *Os Nossos Filhos*, 10.

nascimento, mas 9 meses antes”¹⁰⁹, os autores alertam as mães para a necessidade de consultar e seguir, desde o primeiro momento, as recomendações dos peritos, mais concretamente dos médicos.

Tal como no que diz respeito ao período pré-concepcional, o médico desempenha um papel fundamental na protecção *in útero* da criança. Este é representado como um amigo, um confidente a quem nada se esconde, devendo a grávida “contar-lhe tudo o que no presente e no passado se relacione com a sua saúde e possa interessar à possível gravidez”¹¹⁰, pois só desta forma poderá garantir a sua saúde, assim como a da criança. Apesar dos contributos dados pela ciência no que diz respeito à saúde da mãe e do bebé, o progresso poderá ser ainda maior se “as mães se ajudarem a si mesmas e aos médicos, consultando um médico capaz, logo ao primeiro sinal de gravidez e seguindo-lhe as instruções durante os meses de espera”¹¹¹, se o que desejam é dar à luz um bebé saudável e feliz:

Depois de concebida, a criança vai estar ao abrigo do organismo maternal durante todo o tempo do seu desenvolvimento. É verdade que tudo o que herdou está incluído no embrião, e nada se lhe pode juntar ou tirar. Mas esse minúsculo ser em formação é extremamente delicado, e o seu bom ou mau desenvolvimento depende de encontrar ou não no organismo materno aquilo de que necessita. Uma criança pode ter herdado de seus pais uma excelente saúde, e no entanto, se durante o período da gestação é mal alimentada, sofre uma intoxicação, uma contusão, ou ataque de micróbios, é muito possível que nasça com perturbações graves.

Antigamente, desconhecia-se a importância das más condições da gravidez e do parto, e todos os males do recém-nascido eram atribuídos à hereditariedade. Mas actualmente sabe-se que, muitas doenças físicas e mentais, podem ser evitadas desde que a saúde da mãe seja cuidadosamente observada durante a gravidez.¹¹²

109 Lima, O. (1947, Maio). Considerações sobre puericultura pré-natal. *Os Nossos Filhos*, 10.

110 Anónimo (1951, Janeiro). Vai nascer um menino. *Os Nossos Filhos*, 4.

111 Ramsey, R. K. (1950, Março). Salvando as mães. *Saúde e Lar*, 4-5.

112 Anónimo (1957, Setembro). A propósito da hereditariedade. *Os Nossos Filhos*, 6.

Por outras palavras, as mães devem confiar totalmente no médico, consultando-o as vezes julgadas necessárias e acatando todas as suas instruções. Devem ainda ignorar os conselhos dados por amigas e familiares, *crendices perigosas*, a que se devem opor “os ensinamentos que se podem colher nas consultas”¹¹³:

A mulher grávida, vive, ainda, agarrada a velhos princípios, que são abomináveis preconceitos. Muitas vezes, quando se sente mal, só ouve a opinião «autorizada» de uma vizinha ou de uma amiga. Outras procura a «curiosa», a «comadre» que tem muita prática, e nestas consultas perde o tempo preciso para que o seu mal seja de morte...¹¹⁴

Para além dos ensinamentos, as consultas constituem ainda um momento privilegiado para a realização de análises à urina e ao sangue e à vigilância da tensão arterial, assim como para a detecção de infecções, como a sífilis, a tuberculose e a rubéola, elementos essenciais na prevenção de problemas na gravidez e, consequentemente, de garantia de saúde da criança que vai nascer.

Para além da necessidade de consultarem regularmente o seu médico, as mães são também alertadas para a necessidade de o procurarem sempre que tenham qualquer problema ou sintoma considerado *anormal*. Neste sentido, as mulheres são informadas acerca de quais os sintomas, que por serem potenciais sinais de que algo de errado se passa consigo ou com o bebé, as devem levar a procurar imediatamente o seu médico:

Náuseas e vômitos persistentes.

Dores de cabeça, violentas e constantes. Hemorragia, mesmo muito ligeira.

Inchaço do rosto, das mãos, dos pés, ou dos artelhos. Diminuição das urinas, ou dores durante a micção.

Arrepios de febre.

Dores persistentes ou agudas no ventre.

Perda súbita de águas.¹¹⁵

113 Anónimo (1958, Outubro). Mãezinha! Proteja o seu filho enquanto espera por ele. *Os Nossos Filhos*, 6.

114 Morna, A. (1947, Janeiro). Sobre partos e parteiras: Problemas em equação. *Os Nossos Filhos*, 14.

115 Anónimo (1955, Setembro). Minha filha vai ser mãe. *Os Nossos Filhos*, 4.

Para além da consulta regular do médico e da realização de todos os exames por ele prescritos, o desejo de ter uma *bela criança* deverá também levar as mães a introduzirem alterações nas suas rotinas diárias modificando, se necessário, o seu estilo de vida de forma a preservar a sua saúde e o seu bem-estar, elementos essenciais para o bem-estar das crianças que transportam.

III.2.1.3. Alterações no estilo de vida

Aspectos que vão desde a alimentação aos sentimentos que a grávida deve cultivar, estão incluídos nos conselhos sobre os cuidados quotidianos que a futura mãe deve ter, constituindo a preocupação em alertar as mulheres para a necessidade de adequar o seu estilo de vida ao seu novo estado, um denominador comum de todos estes discursos.

*Alimentação da grávida*¹¹⁶ - Essencial para o bom desenvolvimento do feto e para a saúde da grávida, a alimentação é um dos aspectos que vai merecer uma especial atenção por parte dos autores, que se vão debruçar sobre as questões da quantidade e da qualidade dos alimentos que as mães devem ingerir.

A preocupação com o aumento excessivo de peso na gravidez deve-se sobretudo aos problemas que podem surgir no momento do parto, já que pode originar “depósitos de gordura exagerados, para a mãe, e pode a criança ser muito volumosa, ocasionado um parto difícil”¹¹⁷. É assim aconselhado, para uma mulher com um peso normal, um aumento semanal não superior a 250 gramas, a partir do segundo trimestre de gestação.

Para além das questões relacionadas com a quantidade de alimentos que a grávida deve ingerir, observa-se também a preocupação com a qualidade dos mesmos. Assim sendo, é recomendada uma alimentação equilibrada e variada, de forma a assegurar que todos os nutrientes necessários ao bom desenvolvimento do feto e à preservação da sua saúde são ingeridos:

116 Rumina, B. (1946, Junho). Alimentação da grávida. *Os Nossos Filhos*, 11.

117 Vasco, G. B. (1945, Março). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 2-3.

Durante a gravidez, um novo ser é criado. A mãe fornece os elementos para essa criação, na forma de alimento que passa para o feto através da placenta.

A alimentação materna, portanto, deve conter os elementos necessários à formação do novo ser.¹¹⁸

De forma a ajudar a futura mãe nesta tarefa de *bem comer*, os autores vão disponibilizar informação acerca dos alimentos que a grávida deve consumir, por conterem nutrientes essenciais ao bom desenvolvimento do feto; os que deve evitar, por prejudicarem tanto a sua saúde como a do bebé; e os que deve comer com moderação. Como explica a médica Branca Rumina:

Nesse período deve a mulher procurar fazer uma alimentação variada, constituída por alimentos de excelente qualidade, sem quantidades exageradas, bem equilibrada, de forma a manter bom apetite, bom estado geral e regular funcionamento do seu aparelho digestivo, além de bom desenvolvimento da criança que vai dar à luz.¹¹⁹

Para além da alimentação, a adopção de um *estilo de vida saudável* passa por um conjunto de outros cuidados com o corpo, designadamente no que diz respeito à higiene, assim como ao vestuário.

Higiene do corpo - No que diz respeito à higiene do corpo e, mais concretamente, à questão da limpeza, as grávidas são aconselhadas a tomar um banho diário, “de maneira a assegurar a higiene da sua pele, a favorecer a sua circulação e a tonificar os nervos”¹²⁰. Este banho deverá ser “de esponja, de duche ou de tina, sendo o último porém desaconselhável a partir dos 7 meses, porque os germes contidos na água podem entrar no canal genital e causar infecções”¹²¹. São ainda desaconselhadas as “intervenções especiais (lavagens, por exemplo)”, que só devem ser realizadas com

118 Taveira, M. (1955, Março). Se espera bebé... Saiba os cuidados que deve ter consigo. *Os Nossos Filhos*, 4.

119 Rumina, B. (1946, Junho). Alimentação da grávida. *Os Nossos Filhos*, 11.

120 Lacoste, J. (1952, Setembro). Puericultura pré-natal. *Saúde e Lar*, 13.

121 Taveira, M. (1955, Março). Se espera bebé... Saiba os cuidados que deve ter consigo. *Os Nossos Filhos*, 4.

“assentimento médico”¹²².

A mãe deve ainda assegurar a higiene da boca e dos dentes recomendando-se que esteja “a par das medidas higiénicas relativas à boca”, lavando os dentes de manhã, depois das refeições e antes de se deitar.

*O vestuário durante a gravidez*¹²³ - A forma como a grávida se deverá vestir é alvo de especial atenção já que, para além de pôr “à prova o seu bom gosto”, pode influenciar quer a “saúde do bebé que vai nascer”, quer o seu próprio “conforto e saúde”. Assim, a mulher é aconselhada a manter “os mesmos cuidados pessoais, como anteriormente, e procurando corrigir, com bom gosto, o que pareça esteticamente deselegante, como sempre lhe sucede”¹²⁴.

Surgem, neste contexto, descrições detalhadas da forma como a grávida se deve vestir, como aquela que a seguir se apresenta, publicando-se inclusivamente “os modelos indicados pelas modas inglesa e americana”¹²⁵:

Em geral compõe-se de saia de pregas, suspensa por alças; sobre esta saia veste-se um casaco solto, que vai até à coxa, abotoado à frente, com mangas, compridas ou pelo cotovelo. Este conjunto tem a vantagem de poder ser feito de tecidos leves e laváveis ou de fazendas finas, e poder usar-se no verão e no inverno; neste último caso, sob o casaquinho veste-se uma camisola. No próximo número publicaremos este e outros modelos que deverão interessar-lhe.¹²⁶

O vestuário das grávidas deverá, acima de tudo, possuir as seguintes características: “ser confortável, simples, pender dos ombros, fornecer o necessário aquecimento, permitir alterações no formato e não ser apertado tanto na cintura como no

122 Rocha, J. M. (1949, Agosto). Esperando o bebé. *Os Nossos Filhos*, 11.

123 Morais, M. P. T. (1947, Março). Higiene da maternidade: O vestuário durante a gravidez. *Os Nossos Filhos*, 10.

124 *Ibid.*

125 *Ibid.*

126 Anónimo (1946, Agosto). Os teus problemas, Mãezinha! *Os Nossos Filhos*, 24.

peito”¹²⁷.

As mulheres são ainda aconselhadas a evitar as ligas circulares e as cintas, excepto aquelas utilizadas para suporte abdominal que, apesar de recomendadas, só deverão ser utilizadas após a aprovação médica, tal como é explicado às mães pelo médico Guido Cabral:

A partir do quarto mês de gravidez a mulher não deve vestir uma cinta sem ouvir um médico especialista, o qual - tendo em consideração a sua confecção, textura e maleabilidade - julgará da vantagem e da desvantagem do seu uso. Uma constrição demasiada pode perturbar o normal desenvolvimento do ventre e a necessária acomodação da criança. Não se sacrifique, por uma fútil ostentação de elegância, essa outra beleza - mais alta e mais nobre - que é a da maternidade.¹²⁸

Para além das alterações no vestuário, imprescindíveis dadas as transformações por que passa o corpo da mulher neste período da sua vida, as grávidas são ainda aconselhadas a introduzir alterações na sua rotina diária, designadamente no que diz respeito ao exercício, fundamental para a manutenção de uma boa forma física, e ao repouso, que as transformações da gravidez naturalmente exigem.

Mais concretamente, a grávida deverá ter uma vida “tranquila e recatada”, o que não implica, contudo, “reclusão e afastamento de obrigações sociais”¹²⁹, nem uma maior imobilidade:

Outras mulheres (...) sob pretexto de que detêm a vida de um frágil pequeno ser, fazem-se acarinhar pelo marido ou pela mãe, exprimem-se com indolência, passam três quartos do seu tempo em posição horizontal, tornam-se exigentes e tornam intolerável a vida do seu próximo. Tudo isso deve ser posto de lado, a não ser que a mulher esteja atingida por qualquer afecção ou deformidade.¹³⁰

127 Morais, M. P. T. (1947, Março). Higiene da maternidade: O vestuário durante a gravidez. *Os Nossos Filhos*, 10.

128 Cabral, G. (1953, Janeiro). Aprenda comigo. *Saúde e Lar*, 4-5.

129 Rocha, J. M. (1949, Agosto). Esperando o bebé. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

130 Lacoste, J. (1952, Setembro). Puericultura pré-natal. *Saúde e Lar*, 13.

*O exercício ideal para a mulher grávida*¹³¹ - A preguiça e a imobilidade são condenadas, sendo recomendada a realização de exercício físico moderado. Mais concretamente, as mães são aconselhadas a realizar um passeio diário, “mesmo que chova”¹³², devido aos benefícios que daí advêm para a sua saúde:

O exercício ideal para uma futura mãe e para o bebé é andar a pé, ao ar livre: um passeio de meia hora, nestas condições, deve fazer parte do horário diário, porque favorece a circulação, além de estimular a faculdade de eliminação dos pulmões, da pele e dos intestinos.¹³³

A prática de desportos mais violentos, como “a equitação, o ciclismo, o ski, o ténis”¹³⁴, é desaconselhada dados os efeitos prejudiciais que podem daí advir para o feto. É de salientar ainda a inexistência de consenso em relação a um desporto específico: a natação. Embora alguns autores proibam a sua prática, outros há que a defendem, desde que praticada sob determinadas condições, como as que a seguir se expõem: “a natação é permitida, desde que a água não esteja muito fria, e haja o cuidado de não dar saltos e mergulhos, de sair da água antes que chegue a fadiga e de não apanhar frio”¹³⁵.

Sono e repouso - Estes momentos de *exercício físico moderado* deverão, contudo, ser alternados com momentos de repouso, elemento essencial na vida de uma grávida. Esta questão assume particular importância nos últimos meses da gravidez, sendo de evitar, durante este período, tudo o que possa fatigar excessivamente a mulher.

A mãe é, assim, aconselhada a dormir oito a dez horas diárias e a repousar 1 a 2 horas durante o dia. Para além destes períodos obrigatórios de repouso, a grávida é orientada no sentido de descansar sempre que sentir cansaço e a evitar tudo aquilo que a possa cansar, ou seja, as “vigílias prolongadas, o estar muito tempo de pé, todas as causas de agitação ou de excitação devem ser banidas da vida organizada de uma futura

131 Lacoste, J. (1952, Setembro). Puericultura pré-natal. *Saúde e Lar*, 13.

132 Edwards, J. F. (1947, Maio). Ter um bebé! Reclama cuidados especiais. *Saúde e Lar*, 12-13.

133 Anónimo (1958, Outubro). Mãezinha! Proteja o seu filho enquanto espera por ele. *Os Nossos Filhos*, 6.

134 *Ibid.*

135 *Ibid.*

mãe»,¹³⁶.

O principal objectivo dos autores é, assim, alertar a grávida para a importância de seguirem os conselhos por eles dados, através da alteração das suas rotinas diárias e da aquisição de hábitos saudáveis, de forma a garantirem não só a sua saúde, mas sobretudo a do bebé que vai nascer. Este esforço deve ser realizado por todas as mulheres, sem excepção, constituindo a sua não realização ou, pelo menos não exactamente da forma que os autores consideram a mais correcta, objecto de forte crítica:

Quantas futuras mães, se bem que desejem belos filhos, não querem impor-se o sacrificio de nove meses de feliz expectativa, em condições fisiológicas e mentais apropriadas, porque a vida lhes parece ser dada para ser gozada e querem aproveitá-la ao máximo! É assim que se pode ver, por mais ilógico que isso pareça, uma mulher grávida dirigir-se a todos os lugares de prazer que lhe sejam acessíveis, cingir-se para dissimular as saliências, dançar com desenvoltura, alcandorada em sapatos de calcanhares ridículos e aceitar com avidez os licores que lhe oferecem.¹³⁷

Contudo, os cuidados aconselhados à grávida não se centram somente no corpo. Como se lembra às mães, a máxima *mente sã em corpo são*, deve ser levada especialmente a sério no período da gravidez:

Concluimos, portanto, lembrando a todas as mães a vantagem de se cuidarem, de se protegerem e se fazerem vigiar sistematicamente e de levarem uma vida higiénica, sob todos os pontos de vista, pois para que os filhos sejam saudáveis e bem conformados tem importância, como vimos, não só a alimentação, os tóxicos, as doenças infecciosas, como também o estado psíquico durante a gravidez.¹³⁸

136 Lacoste, J. (1952, Setembro). Puericultura pré-natal. *Saúde e Lar*, 13.

137 *Ibid.*

138 Anónimo (1956, Abril). Defeitos congénitos. *Saúde e Lar*, 2.

*A futura mãe deve cuidar da sua «higiene mental»*¹³⁹ - A preocupação com a saúde mental da grávida deriva, por um lado, da influência que se crê que o estado emocional da mãe tem sobre o feto e, por outro, da constatação de que este é um período em que a mulher se encontra especialmente sensível, devido a todas as transformações que atravessa e como tal predisposta a ser invadida por sentimentos negativos, que deverá procurar contrariar.

A mãe é, assim, aconselhada não só a evitar preocupações e emoções fortes, já que “estudos ultimamente realizados levam a concepções que permitem admitir que os choques sofridos pela grávida podem por intermédio das glândulas endócrinas afectar muito desfavoravelmente o ser em formação”¹⁴⁰, mas também a tentar contrariar os sentimentos negativos, substituindo-os, sempre que surjam, por *sentimentos elevados*:

Outro factor essencial para ter uma bela criança é o pensamento da mulher. Ela deve, com efeito, entreter em sua alma sentimentos elevados e mobilar o seu espírito com tudo o que pode chamar-se beleza. Deve escolher as suas leituras entre os melhores autores e não se permitir senão a leitura de textos benéficos donde possa extrair algum proveito. (...) Pode exercitar o seu espírito na calma, na paciência, e habituá-lo à serenidade. A audição de um belo concerto, por exemplo, a visita a um museu de pintura podem orientar o seu pensamento para o belo, mesmo que não seja muito sensível a ele.¹⁴¹

Gostaríamos ainda de acentuar que a saúde mental é a única questão pela qual a futura mãe não é inteiramente responsabilizada, sendo salientado o papel das pessoas que a rodeiam, a quem é atribuído o dever de “protegê-la, afastando todas as preocupações”¹⁴².

Para além do aconselhamento sobre os cuidados que a mulher grávida deverá ter para assegurar a sua saúde, durante o período da gestação, assim como do feto, os autores vão também divulgar informação sobre algumas alterações devidas à gravidez, designadamente sobre os incómodos que podem surgir no decurso da mesma, assim

139 Rumina, B. (1956, Março). Pequenas coisas... que as mães devem saber. *Os Nossos Filhos*, 9.

140 Anónimo (1956, Abril). Defeitos congénitos. *Saúde e Lar*, 2.

141 Lacoste, J. (1952, Setembro). Puericultura pré-natal. *Saúde e Lar*, 13.

142 Anónimo (1956, Abril). Defeitos congénitos. *Saúde e Lar*, 2.

como, embora de uma forma muito sucinta, o desenvolvimento fetal.

III.2.1.4. Alterações associadas à gravidez

Os incômodos próprios da gravidez, tais como os enjoos, a prisão de ventre, as “vertigens, síncope, a necessidade de dormir”¹⁴³, são considerados pelos autores uma consequência natural da gravidez, que as mulheres são aconselhadas a aceitar “com paciência, com optimismo, até com alegria”¹⁴⁴:

Contrariamente ao que muitos crêem, o estado da mulher grávida é um estado normal. A mulher não deve desanimar sob pretexto de que se sente sem forças ou de que a vista de certos alimentos lhe causa náuseas. Isto está absolutamente previsto na grande responsabilidade que ela assume ao abrigar em si um germen vivo para assegurar o seu desenvolvimento até à eclosão final. Se a natureza realiza a sua obra, a mulher deve igualmente cumprir a sua.¹⁴⁵

No entanto, uma atenção especial é concedida aos enjoos, devido ao efeito que podem ter, se excessivos, sobre a saúde do feto. Sendo-lhes atribuída uma origem psicológica, o que explica porque é que somente algumas mulheres os sentem, tal é interpretado como um sinal de que são evitáveis, o que conduz à sua desvalorização:

Muitas coisas absolutamente sem sentido têm sido ditas sobre o enjoo matinal, apresentando-o como inevitável característica da gravidez.

Muitas mulheres - particularmente aquelas que mantêm o espírito sempre ocupado - nunca sentiram enjoos matinais, ao passo que outras os sentem simplesmente porque *esperam* senti-los.¹⁴⁶

143 Moulin, J. (1947, Janeiro). Puericultura pré-natal e higiene da gravidez. *Os Nossos Filhos*, 12.

144 Anónimo (1955, Julho). Minha filha vai ser mãe! *Os Nossos Filhos*, 4-5.

145 Lacoste, J. (1952, Setembro). Puericultura pré-natal. *Saúde e Lar*, 13.

146 Martin, R. (1957, Julho). Se está à espera de Bebê... *Os Nossos Filhos*, 6-7.

Apesar desta desvalorização, dada a sua influência nefasta na saúde da mãe e consequentemente do feto, alerta-se as grávidas para a necessidade de tomarem medidas especiais nestes casos, da qual a mais extrema é o internamento hospitalar:

nalguns casos, os vômitos apresentam um carácter sério, por vezes prejudicial tanto para a mãe como para o filho.

Como são frequentes e repetidos, a mulher não pode alimentar-se, perde mesmo a vontade de comer, pois tudo lhe provoca vômitos: são os vômitos irrefreáveis da gravidez.

A doente, nestes casos, vive das suas próprias reservas, emagrece, depaupera-se, o desenvolvimento da criança faz-se mal, e a sua vida está em jogo.

São necessários uma grande calma e repouso; por vezes será mesmo aconselhável isolar a mulher numa clínica ou hospital, visto os factores psíquicos e um desequilíbrio nervoso contribuírem muito para a etiologia da doença.¹⁴⁷

Para os casos mais vulgares, é aconselhado um conjunto de medidas preventivas que passam essencialmente pelo repouso e pelo seguimento de um regime alimentar apropriado:

Os enjoos podem surgir frequentemente quando você se sinta muito cansada. Portanto, ir para a cama cedo, uma noite sim outra não, durante os três primeiros meses, deve ser uma regra a observar, rigidamente.

O regime alimentar também ajuda muito. Não beba chá pela manhã; coma biscoitos secos, e talvez uma maçã, antes de se levantar da cama. Isso muitas vezes evita, ou cura completamente os enjoos matinais.¹⁴⁸

147 Moulin, J. (1947, Janeiro). Puericultura pré-natal e higiene da gravidez. *Os Nossos Filhos*, 12.

148 Martin, R. (1957, Julho). Se está à espera de Bebê... *Os Nossos Filhos*, 6-7.

III.2.1.5. Desenvolvimento pré-natal

Para além de todos os aspectos mencionados nos parágrafos anteriores, são ainda divulgadas algumas características do feto, em diferentes momentos do desenvolvimento pré-natal, designadamente que com um mês e meio “não mede mais de 12 mm e pesa apenas 3 gramas” possuindo, contudo “todas as características humanas: as orelhas, os olhos, a boca, começam a definir-se; já tem dedos, cotovelos e joelhos”¹⁴⁹; que aos quatro meses já é possível ouvir, com o auxílio de um estetoscópio, o *pulsar do coração*; e que aos cinco meses a mãe já pode sentir os movimentos do bebé.

III.2.1.6. Preparação para o parto

A preparação para o parto ocupa, no último trimestre da gravidez, um lugar central nas tarefas que a gestante é aconselhada a realizar. Dado que a maioria dos partos são realizados em casa, a mulher é aconselhada, a partir do 7º mês de gravidez, a preparar todo o material necessário, assim como o quarto onde este irá ter lugar. Tal como é detalhadamente explicado a uma mãe que solicita essa informação:

Por volta do sétimo mês tenha o enxoval e tudo preparado; mande limpar rigorosamente o seu quarto e, se o chão for encerado, evite o enceramento muito luzidio, que pode provocar quedas; pelo mesmo motivo retire os tapetes pequenos. Mande preparar só para si uma cama, que deve ser de ferro. Além das roupas necessárias, tenha a postos o seguinte: um lavatório completo; duas bacias de mãos, de esmalte; irrigador completo; arrastadeira; botijas para água quente; se for possível, uma balança pesa-bebés; uma tigela de esmalte; termómetro de banho; cinta de crepe Velpeau com 30 centímetros de largura e 2 a 3 metros de comprimento; podendo substituir-se por uma flanela simples com as mesmas dimensões; algodão hidrófilo esterilizado; uma caixa de compressas

149 Anónimo (1955, Julho). Minha filha vai ser mãe! *Os Nossos Filhos*, 4-5.

esterilizadas de 20x20; uma caixa de compressas esterilizadas de 10x10; alfinetes de ama; desinfectante indicado pelo médico; álcool puro; peça de fita de nastro da mais estreita, que na altura própria se deve mandar ferver, juntamente com uma tesoura, e conservar recipiente fechado; pó de sabão; pó de talco esterilizado; um tubo de vaselina esterilizada; soluto de nitrato de prata a 1% em frasco conta-gotas preparado recentemente, ou, na sua falta, um limão; cafeteiras para água, que na altura própria deve haver em abundância, fervida, quente e fria.¹⁵⁰

Contudo, e dado poder existir a necessidade, caso ocorra algum problema, de encaminhar a grávida para uma Maternidade, existe também o cuidado de divulgar a lista do que é necessário ter preparado se tal vier a suceder:

Mas, se for necessário ir para a Maternidade... Arrisca a minha filha... E, para que não tenha preocupações, ofereci-lhe uma mala nova, para transportar tudo o que, nesse caso, deveria levar, tanto para si como para o bebé. A minha filha preparou imediatamente a mala, dizendo que, se for necessário, já está pronta; ficando em casa, é só abri-la...

Eis o que ela pôs na mala:

Para a mãe:

3 camisas de noite;

1 casaco de pijama (para o momento do parto, é mais prático);

1 casaquinho de malha para estar na cama;

1 robe;

2 «soutiens» de abotoar à frente;

1 par de chinelas de quarto;

1 cinto para pensos higiénicos;

6 lenços de assoar;

1 escova para o cabelo, 1 pente e 1 espelho;

1 escova para os dentes, pasta dentífrica, sabonete, pó de talco, água de colónia, e outros artigos de toucador;

150 Anónimo (1947, Setembro). Consultório: De alimentação e higiene infantil. *Os Nossos Filhos*, 25.

1 estojo de unhas;
1 relógio de cabeceira;
1 caneta de tinta permanente, papel de carta, 1 livro para ler.
Para o bebé:
2 dúzias de fraldas;
3 camisinhas;
3 ligaduras umbilicais;
3 camisolas interiores;
6 cueiros;
2 vestidos;
3 casaquinhos de malha;
1 envolta ou xaile;
3 pares de botinhas;
Alfinetes de ama, pó de talco.¹⁵¹

Uma novidade que surge neste período é a realização de cursos de preparação para o parto. Estes são criados por iniciativa do médico Pedro Monjardino, responsável pela introdução, em Portugal, do método psicofilático do parto sem dor, com a colaboração do seu colega Seabra Diniz.

*Uma realidade: O parto sem dor*¹⁵² - O método psicofilático, que está na origem dos primeiros cursos de preparação para o parto, assenta na ideia de que o parto é um acto normal, natural, não existindo portanto qualquer razão objectiva para a existência de dor, como explica o médico Seabra Diniz:

De há muito é sabido que, em certos povos, em especial entre os mais «primitivos», isto é, os menos em contacto com a civilização, não são raros os partos indolores. (...)

Mesmo entre nós, sobretudo nas nossas aldeias, é frequente as mulheres terem os filhos em pleno trabalho, às vezes quase de pé, continuando pouco depois a sua faina.

151 Anónimo (1955, Setembro). Minha filha vai ser mãe. *Os Nossos Filhos*, 4.

152 Alain, G. (1957, Maio). Uma realidade: O parto sem dor. *Saúde e Lar*, 8-9.

Como é isso possível? Não será que tais dores sejam, pelo menos em grande parte, dores dum tipo especial, fundamentalmente condicionadas?

Pois não é de admitir, pensam alguns, que o parto, função fisiológica, por excelência, deva ser, como qualquer função fisiológica, um fenómeno não doloroso?

Terão forçosamente que ser dolorosas, como dizem tantos tratadistas, as contracções do útero pelas quais este prepara a expulsão do nascituro?¹⁵³

Sendo um fenómeno natural a única razão apresentada como passível de causar a dor é o medo que as mulheres sentem em relação a este momento, para o qual contribui, em grande parte, a ignorância que possuem em relação àquilo que se vai passar. Assim, a solução para a sua diminuição, passa, entre outros aspectos, pela “educação física e psíquica da mulher grávida, durante os últimos tempos da gestação”¹⁵⁴. Mais concretamente, o método psicoprofilático do parto sem dor pressupõe a aprendizagem de técnicas de respiração que permitem controlar a dor: o “essencial do método, no plano prático, consiste numa aprendizagem da respiração. É necessário «saber» não sofrer!”¹⁵⁵.

Esta aprendizagem deverá ter início aos 4 meses e meio de gestação, desenvolvendo-se em nove lições. É de realçar que embora o ensino da respiração seja o elemento central do método psicoprofilático, nestes cursos são transmitidos outros tipos de conhecimento como, por exemplo, de anatomia e fisiologia da gravidez, alertando-se simultaneamente as mães para a importância da sua educação, como é visível no excerto que a seguir se transcreve:

Esta aprendizagem faz-se em nove lições dadas por um médico a um grupo de dez a quinze mulheres. A primeira lição efectua-se aos quatro meses e meio da gestação. Destina-se a instruir a futura mãe sobre a sua anatomia, os órgãos da reprodução, da fecundação, da evolução do ovo, da vida do feto. Ao mesmo tempo sublinha-se o papel primordial da educação e o perigo das narrações estúpidas e de leituras erróneas.

153 Diniz, S. (1955, Maio). Parto sem dor? Parto sem medo? Parto natural? *Os Nossos Filhos*, 8.

154 Alain, G. (1957, Maio). Uma realidade: O parto sem dor. *Saúde e Lar*, 8-9.

155 *Ibid.*

As outras oito lições distribuem-se pelos dois ou três últimos meses da gestação. Seis delas dedicam-se à educação prática da futura mãe: aprende a controlar os músculos e a respirar convenientemente no momento das contracções. A oitava lição trata do mecanismo do trabalho, da dilatação e da expulsão da criança. A nona é uma exposição esquemática dos mecanismos do cérebro.

O ensino completa-se com um filme que faz reviver à mulher o conjunto da preparação e que, pela projecção de dois partos sem dor, concretiza o objectivo desejado e que se deve alcançar.¹⁵⁶

Tratados os aspectos relacionados com a gravidez, passaremos em seguida àqueles relacionados com o parto.

III.2.1.7. Parir

O culminar natural de uma gravidez saudável é um parto bem sucedido. Como escreve o médico Constantino Esteves:

Quantos sofrimentos, sujeição, comodidades e prazeres renunciados durante o período da gravidez, suportados de sorriso nos lábios com a antevisão de que em breve tudo passará, tendo como compensação a alegria de sentir bem junto ao peito o sacrossanto tesouro que os olhos deleitados acarearão: um ser pequenino, que se mexe e chora, continuação do seu sangue, fruto do seu amor grandíloquo.¹⁵⁷

A questão da segurança do parto, quer no que diz respeito à mãe, quer no que diz respeito à criança, é um tema central para os autores. Esta preocupação está na origem da defesa da necessidade de assistência especializada e da conseqüente guerra às

156 Alain, G. (1957, Maio). Uma realidade: O parto sem dor. *Saúde e Lar*, 8-9.

157 Esteves, C. (1946, Janeiro). A importância das maternidades. *Saúde e Lar*, 14.

comadres e às *curiosas*, consideradas “causadoras de tragédias sem conta”¹⁵⁸, cuja influência se faz sentir sobretudo nos meios rurais onde, de acordo com o médico Augusto Morna, nem sempre existem parteiras diplomadas disponíveis:

As parteiras diplomadas procuram, de preferência, os grandes centros e raras se arriscam ao exercício da sua profissão nos meios rurais. Pois é precisamente nestes meios que a parteira é mais precisa. É certo que há lugares de parteiras camarárias, mas também é verdade que os ordenados são quase mesquinhos. Há que rever tais ordenados, aumentando-os na medida das necessidades das serventuárias.

Só assim se poderá dar combate às «curiosas» que constituem uma praga neste país!¹⁵⁹

Numa época em que a maioria das mulheres não tem acesso a cuidados de saúde, as mães são aconselhadas a assegurar, previamente, que no momento do parto terão assistência especializada. Tal como é dito a uma mãe que solicita que lhe ensinem o que deve “ter preparado, além do enxoval”¹⁶⁰, para receber o seu bebé:

Disponha a sua vida de modo que, na altura própria, possa ter a assistência devida, pois embora se trate de um facto normal, é indispensável a presença de médico ou parteira que saiba o que tem a fazer, sobretudo se surgir qualquer complicação, por muito pequena que seja, o que nunca se pode prever. Tudo correrá bem, certamente, mas é necessário que não só corra tudo bem, mas o melhor possível tanto para a mãe como para o filho.¹⁶¹

Para além do *combate às curiosas*, visto como uma forma de minorar as elevadas taxas de mortalidade materna e aumentar o “número de nados-vivos”¹⁶², a defesa dos partos hospitalares é outro dos aspectos relacionados com a diminuição dos

158 Morna, A. (1947, Janeiro). Sobre partos e parteiras: Problemas em equação. *Os Nossos Filhos*, 14.

159 *Ibid.*

160 Anónimo (1947, Setembro). Consultório: De alimentação e higiene infantil. *Os Nossos Filhos*, 25.

161 *Ibid.*

162 Morna, A. (1947, Janeiro). Sobre partos e parteiras: Problemas em equação. *Os Nossos Filhos*, 14.

riscos associados a este momento. Embora a maioria dos partos se realize, nesta época, em casa, estando os hospitais reservados para as mulheres das classes mais desfavorecidas, assiste-se à defesa, por parte de alguns médicos, da generalização do parto hospitalar, em nome da segurança tanto da mulher como da criança.

Um dos defensores da realização dos partos em contexto hospitalar é o médico Constantino Esteves. Com base no argumento de que “a evolução do parto nunca se pode prever com segurança e muito menos reger por leis matemáticas”¹⁶³, ou seja, de que não se pode prever antecipadamente quais os casos de *parto patológico*¹⁶⁴, sobre os quais a necessidade de internamento hospitalar é consensual, este autor defende o fim do parto em casa:

Tudo pode seguir bem e correr da melhor maneira, mas a certa altura, de um instante para outro, mercê de qualquer complicação, urge a intervenção médica imediata para dar à mãe as condições de resistência indispensáveis ou ao filho, vivo ainda, a ânsia da liberdade. E esta acção do médico assistente tem de ser rápida, decisiva, se não quer ver soçobrar qualquer dos seres que lhe foram confiados.

Ora, todos concordam que, em casa, no lar, no seio da família, não há, a maior parte das vezes, os requisitos suficientes, mínimos para uma intervenção eficaz.

É portanto, tendo em atenção a parte técnica, que fundamentamos a nossa opinião.¹⁶⁵

Contudo, realizar um parto no hospital tem custos que nem todas as famílias podem suportar. Tendo consciência desse problema, Constantino Esteves utiliza um argumento de relação custo-benefício, afirmando que um parto domiciliário, embora mais barato, pode sair bastante mais caro aos pais:

E a questão económica, para alguns, também não é argumento de valia, pois é barato demais o que se paga na Maternidade para o contentamento de ver manifestar-se, são e belo, o filho desejado. Muitos pais, tendo em atenção

163 Morna, A. (1947, Janeiro). Sobre partos e parteiras: Problemas em equação. *Os Nossos Filhos*, 14.

164 Liga Portuguesa de Profilaxia Social (1954, Abril). Assistência à criança. *Saúde e Lar*, 7.

165 Esteves, C. (1946, Janeiro). A importância das maternidades. *Saúde e Lar*, 14.

apenas a questão financeira, concordam com o parto em casa mas sentem depois, sobre os outros, o peso acre da sua leviandade, da sua inconsistência. E sucede - tantas vezes! - que o parto em casa vem ainda a redundar em maior prejuízo material!...¹⁶⁶

A descrição de um parto realizado no hospital, num ambiente asséptico, por oposição a um parto domiciliário, efectuado em condições deficientes e sem a assistência de pessoal especializado, assim como as diferenças em termos de resultado, é outra das estratégias utilizadas com o objectivo de convencer as mães das vantagens do parto hospitalar.

Assim, ao relato de um parto realizado em casa, num quarto modesto com “duas camas e um lavatório”, uma só janela e iluminado por um candeeiro de petróleo, assistido por uma “senhora bem intencionada”, mas que “pouco percebe de obstetrícia”, opõe-se a descrição de um parto moderno, realizado num hospital com “salões, tranquilos” e “boa luz nocturna”, nas mais perfeitas condições higiénicas e sob supervisão médica – “os instrumentos necessários são esterilizados, a maioria dos quais sob enorme pressão de vapor. O médico e as enfermeiras são bem aseados e vestidos de branco - mascarados, para evitar que os germens entrem em contacto com a paciente”¹⁶⁷.

Tal diferença de condições terá inevitavelmente impacto ao nível dos resultados. Mais concretamente, enquanto do parto domiciliário resultam “dois cadáveres num quarto triste e sombrio - uma mãe que abandonava a família, uma criancinha morta”, o parto hospitalar tem como resultado “um menino desperto e saudável. Uma cansada mas feliz mãe. Um pai feliz. Um médico - não qualquer médico, mas um parteiro capaz - orgulhoso da sua profissão e agradecido pelo progresso que lhe tornaram possível o bom êxito”¹⁶⁸.

Para além da referência às questões relacionadas com o local de realização do parto, os autores vão ainda divulgar informação sobre alguns procedimentos que devem

166 Esteves, C. (1946, Janeiro). A importância das maternidades. *Saúde e Lar*, 14.

167 Ramsey, R. K. (1950, Março). Salvando as mães. *Saúde e Lar*, 4-5.

168 *Ibid.*

ser realizados logo após o nascimento do bebé. Mais concretamente, as mães são informadas que depois da laqueação do cordão umbilical, se deve proceder à limpeza das mucosidades. Para tal deve-se remover aquelas que se encontram na boca, enrolando, o “dedo mínimo numa compressa esterilizada, que se introduz na boquilha procurando limpá-la dos líquidos e mucosidades que podem, às vezes, determinar asfixia”¹⁶⁹.

No que diz respeito ao corte do cordão é de realçar a especial atenção que é concedida à questão da assepsia, única forma de prevenir eventuais infecções. É então recomendada a desinfecção, com álcool, das mãos da pessoa e da tesoura, assim como a prévia esterilização dos fios com que irão ser realizados esta operação:

A laqueação faz-se com fios de seda ou algodão esterilizados pela fervura (...). As mãos de quem se encarrega de tal operação devem estar cuidadosamente lavadas e desinfectadas com álcool, sendo ainda desinfectada a tesoura com que se seccionará o cordão.¹⁷⁰

A prestação de cuidados especiais aos bebés, cujo nascimento não se faz nas mais perfeitas condições de saúde, também é objecto de referência. Os procedimentos a realizar são descritos de uma forma detalhada, tal como acontece com a remoção de mucosidade ou o corte do cordão umbilical, para que quem assista ao parto saiba como deve proceder:

Se a criança nasce em morte aparente - não chora, nem se move - é preciso agir rapidamente, laqueando e seccionando o cordão umbilical sem demoras. Limpar, como já foi dito, as mucosidades contidas na boca, estimular-lhe a pele com fricções de álcool, flagelando-lhe as face e as nádegas, metendo, alternadamente, a criança em água quente e fria.

Se nenhum destes processos deu resultado nos primeiros minutos, deve recorrer-se à respiração artificial.

Para isso, suspende-se a criança pelos tornozelos, flagela-se-lhes as nádegas e

169 Guerreiro, R. (1947, Setembro). Quando nasce um bebé... *Saúde e Lar*, 2-3.

170 *Ibid.*

deita-se de costas sobre uma mesa ou sobre a cama.

Seguram-se os braços da criança junto ao ombro, pegando-lhe de forma que os nossos dedos polegares fiquem apoiados na face anterior dos bracitos.

Faz-se a inspiração afastando os braços do tórax.

A expiração executa-se levando os braços sobre o peito, de forma a fazer certa pressão nele com os nossos dedos polegares, ao mesmo tempo que os restantes dedos, colocados na parte posterior do tórax do recém-nascido, fazem também uma expressão suave.

É preciso imprimir certo ritmo a estes movimentos, que devem corresponder aos actos fisiológicos de expirar e inspirar.

Desde que a criança comece a chorar é a altura do banho e dos demais cuidados de que já falámos.¹⁷¹

Se tudo estiver bem, o bebé é limpo, pesado e medido, sendo-lhe então administrado um colírio, para prevenir infecções. Mais concretamente, este é utilizado com o objectivo de prevenir algumas doenças, capazes de provocar cegueira ou problemas de visão crónicos, transmitidas pela mãe ao bebé durante o parto.

Outro aspecto essencial diz respeito à conservação da temperatura corporal. Com base no argumento de que a temperatura do recém-nascido é “ligeiramente abaixo do normal”¹⁷², é referido que, depois de realizados os procedimentos anteriormente descritos, a criança deve ser vestida ou envolvida para que permaneça quente.

A sós com o seu filho, a mãe vê-se a braços com a árdua tarefa de assegurar a sua sobrevivência e, simultaneamente, de o educar. É precisamente para a auxiliar que os autores vão procurar transmitir os ensinamentos necessários para criar e educar as crianças, ou seja, o conjunto de saberes e saber fazer que uma *boa mãe* deve possuir.

171 Guerreiro, R. (1947, Setembro). Quando nasce um bebé... *Saúde e Lar*, 2-3.

172 Tallarico, G. (1958, Abril). O que é um recém-nascido? *Saúde e Lar*, 6-7.

III.2.2. Criar

Os cuidados que têm como objecto o corpo da criança – “suas dimensões e peso, seu estado de saúde”¹⁷³ – constituem a garantia básica da sua sobrevivência e assumem particular importância nos primeiros meses de vida, em que são considerados “por assim dizer, tudo”¹⁷⁴, englobando questões tão diversas como a alimentação, a higiene, as doenças ou o sono.

Por este motivo, o aconselhamento acerca destes aspectos do quotidiano das crianças, centra-se, sobretudo, nas crianças mais pequenas, até aos 2/3 anos de idade, sendo dada especial atenção aos lactentes, aqueles “que mais sofrem quando são desprotegidos”¹⁷⁵ e mais dependentes dos cuidados das mães.

O primeiro dever da mãe consiste em “aconselhar-se com o seu médico acerca dos cuidados e alimentos a dar à criança”¹⁷⁶. Esta é uma das questões que mais preocupa as mães que escrevem para as revistas com o objectivo de saber qual a dieta mais adequada para as crianças – “Peço-lhe o favor de me indicar a dieta para uma criança de 4 meses, saudável”¹⁷⁷ – ou sobre a forma como devem preparar os alimentos e as quantidades que devem ser dadas à criança:

Desejava saber que porção de Leite Condensado devo deitar num litro de água a fim de ficar com o mesmo valor nutritivo que o litro de leite vulgar. Como tenho uma filha de 3 anos não sei que porção de leite lhe devo dar ao pequeno almoço, ou se será melhor dar-lhe Nestogeno. Se for deste qual a quantidade?¹⁷⁸

Considerada um dos factores mais importante nos cuidados a prestar à criança na primeira infância, a alimentação vai ser, a par com a saúde, um dos temas mais abordados quer pelas mães, nas cartas que escrevem para as revistas, quer pelos autores

173 Mira, F. (1945, Janeiro). Criar e educar. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

174 *Ibid.*

175 Morais, M. P. T. (1946, Abril). Perguntam as mãezinhas. *Os Nossos Filhos*, 16.

176 Cabral, G. (1948, Dezembro). V. Ex^a já sabe que... se já sabia, não é demais repeti-lo!... *Saúde e Lar*, 20.

177 Anónimo (1955, Novembro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 3.

178 Anónimo (1946, Fevereiro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 16.

dos artigos nestas publicados.

III.2.2.1. Alimentação

A alimentação tem como principal função permitir o desenvolvimento físico da criança, ou seja, possibilitar que cresça de uma forma saudável, assumindo um papel essencial na prevenção da mortalidade infantil, designadamente nas crianças até aos 2 anos. Como explica o médico César Anjo, “o perigo alimentar entre nós atinge 36,4 % - ou seja mais de um terço”¹⁷⁹ da totalidade dos óbitos infantis.

A ênfase colocada na contribuição das *perturbações nutritivas* para o elevado nome de mortes entre as crianças deve-se ao facto de estas serem, na sua grande maioria, evitáveis. Atribuídas ao descuido e à ignorância das mães, que cometem “os mais crassos erros na alimentação das crianças. As horas de mamada ou de comida são desrespeitadas; a qualidade, a quantidade e a preparação dos alimentos obedecem aos caprichos do acaso, quando não a preconceitos”¹⁸⁰, a solução reside no conhecimento e na aplicação quotidiana de alguns cuidados, tais como a administração de alimentos adequados para a idade da criança ou o seguimento de regras de higiene na preparação e confecção dos alimentos: “a prática das regras mais elementares da alimentação e da higiene infantil determinaria uma descida impressionante da taxa de mortalidade”¹⁸¹.

Assim sendo, as mães são frequentemente alertadas para a necessidade de se informarem sobre a melhor forma de proceder em relação a este aspecto tão importante na vida das crianças. Simultaneamente, a percepção da importância da alimentação aliada à constatação de que cada criança tem necessidades específicas, transforma o médico no principal aliado das mães na tarefa de bem alimentarem os seus filhos. Neste sentido, é frequentemente lembrado que a alimentação da criança deve ser realizada segundo prescrição médica:

179 Anjos, C. (1950, Agosto). O problema da mortalidade infantil. *Os Nossos Filhos*, 14.

180 Ferreira, E. (1954, Abril). Exame de consciência perante a mortalidade infantil. *Saúde e Lar*, 1.

181 *Ibid.*

É sempre perigoso, pensamos, orientar o regime alimentar das crianças somente com o auxílio de livros de divulgação de puericultura. Por melhores que sejam os livros e os artigos de divulgação nunca podem, nem devem, substituir o exame médico. O estabelecimento do regime alimentar (horário das refeições, quantidade total diária de leite, indicação se a alimentação do bebe já pode incluir, ou não, novos alimentos além do leite) somente o médico pediatra o deverá prescrever. A literatura de divulgação de puericultura aborda generalidades, não pode atender a todas as variações possíveis, às diferenças individuais, que facilmente se encontram.¹⁸²

Apesar da difusão da ideia, enunciada no texto acima transcrito, de que o regime alimentar da criança deve ser individualizado, ou seja, de que deve ter em conta as suas necessidades pessoais, existe um conjunto de *sugestões*, válidas para todas as crianças, que os autores não deixam de referir: “Não podemos apresentar uma lista completa de regras que indiquem à mãe a maneira de auxiliar a criança a obter a eficiência desejada, porque cada criança constitui um caso único. Todavia, podemos oferecer algumas sugestões.”¹⁸³

No que diz respeito aos primeiros meses de vida da criança, a opinião é consensual: o leite materno é o melhor alimento para criança, aquele que lhe proporciona mais saúde. Amamentar torna-se, assim, um dever de qualquer mãe e, conseqüentemente, as mulheres que não o fazem por opção pessoal são alvo constante de críticas.

Mais concretamente, tendo conhecimento das inúmeras vantagens da amamentação face ao aleitamento artificial, torna-se “lógico que a mãe amamente o seu filho, sempre que não haja, é claro, razões poderosas que o impeçam”¹⁸⁴, tais como “os casos em que as mães sejam portadoras de doenças sérias que alterem em qualidade ou em quantidade o leite dos seios”¹⁸⁵, situações consideradas raras e excepcionais.

182 Morais, M. P. T. (1949, Abril). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10.

183 Morris, E. (1951, Setembro). Começai desde já a preparar o vosso filho para a escola. *Saúde e Lar*, 16-17.

184 Caballero, I. A. (1948, Setembro). A alimentação do bebé: Introdução. *Saúde e Lar*, 2-3.

185 Anónimo (1954, Fevereiro). Leite materno - o primeiro. *Saúde e Lar*, 1.

Apesar da constante referência a este dever, e da inclusão da amamentação como uma componente essencial do exercício da boa maternidade, a partir do momento em que a alimentação artificial deixa de ser considerada “uma empresa arriscada que demanda muitos cuidados”¹⁸⁶, o aleitamento materno entra em regressão: “Os médicos estão verificando que, infelizmente, o aleitamento materno, progressivo até 1951, está agora em notável regressão”¹⁸⁷.

De forma a convencer as mulheres da importância desta prática, os autores vão centrar o seu discurso nas vantagens tanto para a mãe como para o bebé que daí advêm, assim como nas consequências nefastas do seu não cumprimento, da qual a mais temível é a morte da criança.

A amamentação é vantajosa tanto a mãe como a criança, colhendo ambas quer benefícios emocionais, quer em termos de saúde, sendo a mulher também beneficiada por ter a sua vida facilitada, dado que não exige tantos preparativos e cuidados como a alimentação artificial, para além de ser mais económica.

Uma das principais vantagens da amamentação, dado o elevado número de lactentes cuja causa de morte são as gastroenterites, atribuídas “ao abandono do aleitamento materno e às faltas cometidas com o aleitamento artificial”¹⁸⁸, é a protecção da vida da criança. Causadas muitas vezes, quando as crianças são alimentadas artificialmente, por questões relacionadas com a higiene, quer do leite, que não é convenientemente fervido, quer dos biberões, as gastroenterites poderão ser prevenidas através da amamentação ao seio, ou seja, com leite puro e “isento de micróbios”¹⁸⁹.

É ainda realçado o facto do leite artificial ser mais dificilmente digerido, o que também poderá causar problemas digestivos às crianças:

O leite materno é preparado para a alimentação do bebé. No processo da digestão, no estômago, forma coágulos de grumos muito menores que o leite de

186 Braga, J. M. (1947, Maio). Uma obra de assistência modelar: O Centro de Enfermagem. *Os Nossos Filhos*, 14-16.

187 Cabral, G. (1953, Setembro). Aprenda comigo. *Saúde e Lar*, 2-3.

188 Anjos, C. (1950, Agosto). O problema da mortalidade infantil. *Os Nossos Filhos*, 14.

189 McLeod, R. P. (1950, Janeiro). A quem deve ser confiada a alimentação do bebé. *Saúde e Lar*, 16-17.

vaca, sendo assim muito mais apropriado aos órgãos digestivos delicados da criancinha. (...)

A composição do leite de vaca mostra maior quantidade de proteína, porque é apropriado para o bezerro, e não para a criancinha de órgãos digestivos muito mais delicados.¹⁹⁰

A preservação da saúde não é, porém, o único benefício da amamentação, pois considera-se que o aleitamento materno contribui também para o bem-estar emocional da criança: “a alimentação materna cria de uma maneira misteriosa um forte vínculo emocional entre a mãe e a criança, um laço que pode ser a base de um importante sentimento de bem-estar e segurança”¹⁹¹. Este vínculo que se estabelece entre mãe e bebê através da amamentação assume especial importância, pois constitui a base de toda a vida afectiva da criança:

É pela amamentação e através da boca que a criança recebe do meio exterior as primeiras sensações de prazer - o desaparecimento da sensação dolorosa da fome e, no primeiro contacto humano com a mãe, o germe de toda a vida afectiva.¹⁹²

Contudo, para convencer as mães a amamentar não basta referir os benefícios para a criança. Ou seja, “se isso não é o bastante, para provar à futura mãe, o valor da alimentação materna, há ainda outras razões bem diferentes, mas igualmente de grande importância”¹⁹³, as vantagens para as próprias mulheres.

Para além de uma recuperação mais rápida do peso anterior à gravidez, considera-se que as mães que amamentam gozam mais saúde “do que aquelas que se recusam a cumprir esse dever”¹⁹⁴, entre as quais se contam “o desaparecimento de enxaquecas rebeldes e de perturbações gástricas antigas”¹⁹⁵, assim como o retardamento

190 McLeod, R. P. (1950, Janeiro). A quem deve ser confiada a alimentação do bebé. *Saúde e Lar*, 16-17.

191 Martin, R. (1958, Abril). A Mãe deve amamentar o seu bebé. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

192 Borges, M. (1956, Dezembro). Correio dos pais: Alguns aspectos da agressividade infantil. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

193 Martin, R. (1958, Abril). A Mãe deve amamentar o seu bebé. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

194 Anónimo (1946, Junho). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 11.

195 Anónimo (1955, Maio). Oiça, mãezinha! *Os Nossos Filhos*, 9.

dos “perigos da idade senil”¹⁹⁶.

São ainda referidos outros benefícios, designadamente o ser mais económica e prática, por comparação com o aleitamento artificial ou misto:

para a alimentação artificial do bebé, a jovem mãe terá de gastar muito mais tempo, preparando, comprando, esterilizando todo o material necessário. Terá de preparar as mamadeiras, medir ou pesar as quantidades de alimento para cada refeição. À noite, deve aquecer o leite antes de o dar à criança, verificar se está na temperatura conveniente. Para alimentar o filhinho ao seio gastará muito menos tempo, dinheiro e cuidados.¹⁹⁷

Em suma, para além das vantagens económicas e práticas que acabámos de referir, a amamentação proporciona mais saúde e bem-estar quer às crianças, quer às mães, permitindo ainda que as mulheres que amamentam se restabeleçam mais rapidamente da gravidez, regressando mais depressa à sua anterior forma física.

Para além de informarem as mães sobre as vantagens da amamentação, os autores vão ainda indicar-lhes como devem proceder para que esta seja realizada de forma adequada. Neste contexto, um dos aspectos a que dão particular importância diz respeito ao horário das refeições, assunto acerca do qual se encontram posições divergentes, designadamente no que diz respeito aos primeiros meses de vida.

*O horário regular das refeições é de grande importância*¹⁹⁸ - A maioria dos autores defende que as mães devem seguir um horário pré-estabelecido. A importância atribuída a este aspecto é visível nas referências ao número exacto de horas que deve mediar entre cada mamada, assim como na descrição das consequências nefastas do seu não cumprimento.

Mais concretamente, as mães são instruídas no sentido de não ceder ao choro do bebé, prática considerada comum – “Muitas mães, infelizmente a maioria, entendem

196 Anónimo (1954, Fevereiro). Leite materno - o primeiro. *Saúde e Lar*, 1.

197 McLeod, R. P. (1950, Janeiro). A quem deve ser confiada a alimentação do bebé. *Saúde e Lar*, 16-17.

198 Noel, M. B. (1949, Março). Quantas horas deve dormir o bebé? *Saúde e Lar*, 18-19.

que ao mais leve choro, devem logo dar de mamar”¹⁹⁹ - por daí só poderem resultar prejuízos quer para a criança, quer para elas próprias, como explica o médico Gilberto Vasco:

Outra falta que não deve cometer-se, é dar a mama a todas as horas, quer para calar o menino, quer para lhe satisfazer o vício.

O primeiro inconveniente desta prática censurável é um excesso de trabalho para o estômago e intestinos da criança, além dos prejuízos resultantes da desordem e anarquia alimentar, como vômitos, diarreia e mais choro. Outro inconveniente, sente-o a própria mãe. Mamando a criança quando quer, quando chora, e durante a maior parte da noite, a pretexto de dormir, começa a mãe a sentir pontadas incômodas no dorso.²⁰⁰

Quando o bebé chora fora da hora das refeições, as mães devem “procurar bem a razão das suas queixas que podem estar muito longe da necessidade de ser alimentado”²⁰¹.

A importância atribuída ao cumprimento rigoroso dos horários, que devem ser fixados de acordo com o conselho do médico, está relacionada não só com a eliminação de eventuais problemas fisiológicos, que se acredita serem causados por um excesso de alimentação, mas sobretudo com a aquisição de bons hábitos: “a amamentação desordenada prejudica a saúde do lactante: é uma causa frequente de perturbações digestivas, altera os períodos de sono de que ele tanto carece nos primeiros tempos e facilita a aquisição de maus hábitos”²⁰². O estabelecimento de um horário de alimentação é, assim, considerada a *primeira conduta educativa*²⁰³ que se deve adoptar face a um recém-nascido, devendo as mães “com muito paciência e energia, obrigar a criança a sujeitar-se aos períodos intercalares da amamentação”²⁰⁴.

199 Anónimo (1947, Janeiro). Esperando o mundo que há-de vir. *Saúde e Lar*, 10-11.

200 Vasco, G. B. (1945, Maio). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 4-5.

201 Dias, M. T. F. (1952, Julho). Como tratar bem um bebé. *Saúde e Lar*, 4-6.

202 Cruz, C. (1949, Dezembro). Coisas que as mães devem saber. *Os Nossos Filhos*, 12.

203 Martin, A. S. (1951, Setembro). Técnica e educação alimentares do lactante: Profilaxia da anorexia psíquica. *Os Nossos Filhos*, 4.

204 Cruz, C. (1949, Dezembro). Coisas que as mães devem saber. *Os Nossos Filhos*, 12.

A aquisição de bons hábitos é também uma forma de garantir quer o bom desenvolvimento da criança, quer a ordem e a harmonia do lar, muitas vezes perturbada com a chegada do novo elemento. Se estes não forem adquiridos desde logo, o bebé poderá “monopolizar a atenção de todos que vivem perto dele, agarrar todos pelas orelhas, destruir por completo a ordem e a calma doméstica”²⁰⁵. Assim, a mãe deverá planejar rigorosamente o dia, fazendo a criança respeitar o horário estabelecido, única forma de preservar a harmonia do lar e, simultaneamente, “poupar esforços e tempo perdidos”²⁰⁶.

Gostaríamos contudo de salientar que apesar das indicações precisas acerca de quando se deve alimentar a criança e da importância atribuída, pela maioria dos autores, à regularidade, esta não é, como anteriormente referimos, uma questão consensual.

Alguns autores aconselham as mães a serem mais flexíveis, a não seguir os horários de uma forma rígida. Tal flexibilidade, que no fundo não é mais do que a defesa da adaptação da mãe às necessidades da criança, é considerada garantia quer da satisfação completa das necessidades alimentares individuais, quer, como defende Gesell, citado pela enfermeira Maria Palmira de Tito Morais, da saúde mental da criança:

Superficialmente pode parecer que o regime estabelecido segundo as necessidades da criança lhe trará instabilidade, mas acontece exactamente o contrário. São médicos e enfermeiras pediatras que nos vêm dizer que, por meio de um regime alimentar individual, a criança é mais directa e completamente satisfeita. Evita-se-lhe o desagradável estado de angústia, desejo, fadiga, criando-se, pelo contrário, a sensação de segurança tão essencial na saúde mental.²⁰⁷

Neste sentido, e tendo por base o argumento de que “a criança não pode viver completamente pelo relógio porque as suas necessidades orgânicas são reguladas

205 Irmã Allison (1952, Dezembro). Quando nasce um bebé. *Os Nossos Filhos*, 6.

206 *Ibid.*

207 Morais, M. P. T. (1946, Abril). Perguntam as mãezinhas. *Os Nossos Filhos*, 16.

intrinsecamente órgãos internos”²⁰⁸, defende-se que “se deve deixar ao bebê a liberdade de estabelecer o seu padrão alimentar”²⁰⁹. Este princípio é válido sobretudo para os primeiros meses de vida, mais concretamente até aos 4 meses de idade, momento a partir do qual, em nome da preparação para a vida em sociedade, se defende que pode ter início um regime mais rígido:

Depois dos quatro meses de vida post-nascimento, a maioria dos bebês parece possuir um maior grau de adaptabilidade às nossas exigências de adultos e então poderá instituir-se um horário de refeições um pouco mais severo visto que se pretende educar uma criança para viver em sociedade e gradualmente fazê-la aceitar os usos que essa sociedade impõe.²¹⁰

As mães são ainda aconselhadas sobre a forma como deve decorrer a amamentação, designadamente sobre a posição em que devem colocar o bebê, que não deve ser mantido numa posição “completamente horizontal durante a mamada”²¹¹, assim como sobre a necessidade de regular o tempo de duração da mamada.

*Quanto tempo deve durar a mamada?*²¹² – O tempo de duração da mamada deve ser regulado pela mãe e não pelo bebê, como é explicado a uma mãe *extremosa e... inexperiente*:

Parece-nos evidente a causa das irregularidades verificadas no funcionamento do aparelho digestivo da menina. Se ela dorme bem, e não chora, logicamente se deduz que não está doente nem tem fome. Mas V. Ex.^a diz-nos que ela mama até querer, e deve ser essa, a nosso ver, a origem do mal. Como mama o que quer e o seu apetite não se ajusta às suas necessidades orgânicas, ingere alimento a mais. Esse excesso vai, justamente, produzir os transtornos apontados.²¹³

208 Morais, M. P. T. (1946, Abril). Perguntam as mãezinhas. *Os Nossos Filhos*, 16.

209 Enfermeiras Professoras da Escola Técnica de Enfermeiras do IPO (1953, Novembro). O papel da Enfermeira de Pediatria e a sua preparação. *Os Nossos Filhos*, 10.

210 Morais, M. P. T. (1946, Abril). Perguntam as mãezinhas. *Os Nossos Filhos*, 16.

211 Anónimo (1947, Maio). Pequenas coisas. *Os Nossos Filhos*, 11.

212 *Ibid.*

213 *Ibid.*

A solução proposta para os problemas dos bebês, bolar em excesso e prisão de ventre, reside no respeito absoluto pelo tempo de duração da mamada, que não deve exceder os 15/20 minutos.

Porém, para que este empreendimento tenha sucesso, para além do estabelecimento do horário, uma vez que “a produção do leite está estreitamente relacionada com o regime alimentar e o género de vida da mãe”, as mulheres são ainda aconselhadas a seguirem um regime alimentar equilibrado e a repousar o suficiente, condições essenciais para garantir a quantidade de leite necessária para amamentar o seu filho. A mãe deve ainda esforçar-se por se conservar calma e alegre, pois “a atitude mental tem muita relação com a secreção láctea. A ansiedade, as emoções fortes, uma atmosfera de incertezas, etc., tudo contribui para a diminuição do leite”²¹⁴.

Se seguir todos estes conselhos, ou seja, se se alimentar adequadamente, se repousar e evitar emoções fortes, a mãe garantirá que o seu corpo produz o leite suficiente para alimentar o seu filho. Tal poderá ser avaliado através do bem-estar do bebé, assim como do seu desenvolvimento físico, ou seja, se o bebé “dorme bem, se se mostra satisfeito após as mamadas, se a curva do seu peso aumenta, se as fezes se apresentam normais na quantidade e no aspecto”²¹⁵, a quantidade de leite que ele ingere é a suficiente para assegurar o seu crescimento.

*A dieta do lactente deve completar-se com vitaminas*²¹⁶ - Embora seja considerado o alimento ideal, o leite materno não possui todas as vitaminas necessárias ao desenvolvimento do bebé. As mães devem, assim, suprir essa lacuna através da administração diária, a partir da 3ª semana de vida, de sumos de laranja ou tomate, que para além de serem ricos em vitamina C, regulam o trânsito intestinal, e óleo de fígado de bacalhau, fonte de vitamina A e D, que desempenha um importante papel na prevenção do raquitismo. Como explica a enfermeira Maria Palmira Tito de Morais: “O óleo de fígado de bacalhau é muito rico em vitamina A e D. Esta última, a vitamina D, também chamada vitamina anti-raquítica, é indispensável ao bom desenvolvimento dos

214 McLeod, R. P. (1950, Janeiro). A quem deve ser confiada a alimentação do bebé. *Saúde e Lar*, 16-17.

215 Anónimo (1952, Agosto). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 4.

216 Martin, A. S. (1951, Setembro). Técnica e educação alimentares do lactente: Profilaxia da anorexia psíquica. *Os Nossos Filhos*, 4.

ossos e evita, assim, o raquitismo”²¹⁷.

Assegurado o sucesso da amamentação, pelo cumprimento de todas as regras atrás enunciadas, e o conseqüente desenvolvimento físico do bebê, a questão que se coloca a seguir é quando se deve proceder ao desmame. Esta não é uma questão consensual, uma vez que existem variações de autor para o autor, sendo propostos vários limites, que variam entre os 5 e os 10 meses de idade. Ou seja, existem referências a várias idades – 5 meses, 9/10 meses – sendo contudo consensual que a criança não deve ser amamentada para além dos 10 meses.

Contudo, apesar das divergências, é aceite que a partir dos 10 meses a amamentação não tem vantagens para o bebê, podendo inclusivamente prejudicá-lo, pois o leite materno já não tem todas as substâncias de que necessita para o seu desenvolvimento. O prolongamento da amamentação é ainda desaconselhado por poder causar dificuldades acrescidas quando da introdução de alimentos sólidos na dieta do bebê, como explica o pediatra Fernando Sabido: “A prática demonstrou que quanto mais tempo um lactente é alimentado ao seio ou ao biberão mais dificuldade tem em habituar-se a outros alimentos”²¹⁸.

Apesar de ser consensual, entre os autores, de que a amamentação é a melhor forma de alimentar o bebê, o facto de existirem condições que podem levar as mães a optar pelo aleitamento mercenário ou artificial, assim como da consciência do perigo que estes podem representar para a saúde da criança se não forem realizado nas mais rigorosas condições higiénicas, está na origem da preocupação com a forma como se realiza e, conseqüentemente, com o aconselhamento das mães em relação a esta prática.

Aleitamento mercenário - O aleitamento mercenário é uma prática condenada pela maioria dos autores: “o leite materno é sangue e dar sangue estranho ao filho é como fazê-lo bastardo”²¹⁹. Porém, embora criticado, reconhece-se, nalguns casos excepcionais, como a intolerância ao leite de vaca, a sua necessidade:

217 Morais, M. P. T. (1948, Março). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

218 Sabido, F. (1953, Setembro). Educação alimentar do lactente. *Os Nossos Filhos*, 4.

219 Cabral, G. (1951, Janeiro). V. Ex.^a já sabe que... se já sabia, não é demais repeti-lo!... *Saúde e Lar*, 20.

Há muitos bebês para quem o leite de vaca representa um veneno, provocando-lhes febre, vômitos, diarreia, erupções, etc. Em casos destes deve perguntar-se ao médico como se terá de proceder. Se a criança for muito pequenina, é possível que se tenha de recorrer a uma ama.²²⁰

Contudo, a ama não deve ser escolhida ao acaso. As mães devem ter a preocupação de garantir que esta é saudável, fazendo-a examinar pelo médico, de forma a assegurar-se de que não é portadora de doenças como, por exemplo, a tuberculose ou a sífilis: “Quando, por qualquer motivo, for necessário recorrer a uma ama, é imprescindível, que antes de a contratar se lhe faça um exame médico minucioso, já que, com muita frequência, são portadoras de ‘magníficas’ sífilis”²²¹.

A par com as referências ao aleitamento mercenário, surgem indicações sobre a forma como as mães devem proceder, em relação à alimentação artificial, ou seja, através de biberão. No que se refere a este aspecto uma das principais preocupações dos autores prende-se com o tipo de leite que é administrado à criança, assim como com os cuidados que se deve ter na sua preparação, pois apesar de ser mencionado e publicitado um leite especificamente preparado para os bebês, o *Nestogeno*, muitas crianças são ainda alimentadas com leite condensado ou com “leite de vaca, cabra, jumenta”²²².

O leite condensado tem a vantagem de não necessitar de esterilização prévia, consistindo o seu único inconveniente na carência de vitaminas, suprida pela administração de sumo de frutos, tal como se procede em relação às crianças amamentadas ao seio. A utilização do leite de vaca coloca, pelo contrário, vários problemas, já que a sua ingestão, se não forem assegurados os devidos cuidados, pode constituir uma ameaça à saúde e ao bem-estar da criança.

Assim, as mães devem “procurar saber se a vaca é saudável e o leite asseado”²²³.
Como explica a médica Branca Rumina:

Como fonte de transmissão de doenças é já mais conhecido o perigo do leite,

220 Anónimo (1947, Maio). Pequenas coisas. *Os Nossos Filhos*, 11.

221 Caballero, I. A. (1948, Setembro). A alimentação do bebé: Introdução. *Saúde e Lar*, 2-3.

222 R. (1957, Novembro). A alimentação do bebé. *Os Nossos Filhos*, 6.

223 Anónimo (1945, Julho). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 17.

quando proveniente de animais cuja saúde não seja boa. Conhecem-se esses perigos pela grande campanha que, em todo o mundo, se faz a favor desse produto alimentar, no sentido de o obter sem germes e sem alterações; o leite pode ser transmissor do tifo e paratifo, da escarlatina, da difteria e do germe de certas laringites.²²⁴

*Só é aconselhável dar leite de vaca às crianças, depois de previamente esterilizado*²²⁵ - Neste contexto, um aspecto assume especial importância, a fervura do leite, dado que só através desse método é possível “destruir os micróbios causadores de doenças que possam estar presentes no leite. O leite deve ser fervido, assim que “chegue a casa, o mais cedo possível”²²⁶. Contudo, ferver o leite não basta, é preciso respeitar certos procedimentos de forma a garantir a sua eficaz esterilização:

«A coisa mais simples deste mundo», pensam as mães, «é ferver o leite». Mas elas devem saber que o leite só ferve a 101°; quando «sobe» na vasilha está apenas a 80°, pelo que é necessário deixá-lo baixar de novo e conservá-lo em ebulição, durante 3m.²²⁷

Depois de fervido, deve-se juntar-lhe açúcar, de forma a aproximar a sua composição à do leite materno – o leite deve ser “sempre açucarado para compensar a sua pobreza em açúcar, em comparação com o leite de mulher, cuja composição vimos ser a que é exactamente necessário à criança”²²⁸ – e também proceder à sua diluição, adicionando água ou cozimentos vários – preparados de água fervida com cereais (“arroz, maizena, araruta, cevada, e aveia”²²⁹) – para que possa ser mais facilmente digerido pelo bebé.

Preparado o biberão, a mãe deve passar à fase seguinte, ou seja, dá-lo à criança. Como explica a médica Branca Rumina, esta deve colocar o bebé no seu colo, ligeiramente inclinado e o biberão “de modo que o líquido encha sempre o gargalo”. Tal

224 Rumina, B. (1947, Março). As crianças e os animais domésticos. *Os Nossos Filhos*, 11.

225 Rumina, B. (1945, Janeiro). A alimentação do bebé. *Os Nossos Filhos*, 16.

226 R. (1957, Novembro). A alimentação do bebé. *Os Nossos Filhos*, 6.

227 *Ibid.*

228 Rumina, B. (1945, Março). A alimentação do bebé. *Os Nossos Filhos*, 17.

229 R. (1957, Novembro). A alimentação do bebé. *Os Nossos Filhos*, 6.

contribuirá para evitar, por um lado, “que o pequenino se fatigue em extremo” e, por outro, que “engula tanta ou mais quantidade de ar do que leite”. A mãe deve ainda fazer pequenas interrupções, evitando que esta tome o biberão de seguida, para que a criança arrote com mais facilidade, fazendo com que “o biberão leve tanto tempo a tomar como uma refeição ao seio”. Quando o bebé termina, o leite que sobra deve ser deitado fora, “porque não tarda a alterar-se e origina perturbações gástricas”²³⁰, e o biberão convenientemente lavado e esterilizado:

Qualquer modelo necessita ser escrupulosamente lavado com água quente, tendo em dissolução um pouco de carbonato de sódio e bem vasculhado com um escovilhão; este permite retirar com facilidade todas as partículas do leite que se agarrem às paredes do biberon, precaução indispensável, porque qualquer farrapo de leite pode provocar um desarranjo intestinal à criança.

O biberon, depois de muito bem lavado, deve ser fervido e conservado na própria água de fervura, ao abrigo de poeiras.²³¹

Em suma, apesar da defesa constante da amamentação, os autores vão procurar elucidar as mães que, por opção ou por necessidade, não amamentam os seus filhos, de forma a garantir que as crianças são alimentadas nas melhores condições possíveis, factor indispensável ao seu bom desenvolvimento.

Quer seja amamentado, quer seja alimentado através do biberão, a partir de determinado momento o leite já não é suficiente, por si só, para satisfazer as necessidades da criança, devendo a mãe iniciar gradualmente a introdução de outros alimentos na dieta da criança, aspecto que trataremos em seguida.

A diversificação alimentar inicia-se com a introdução progressiva de papas, sopas e fruta nas refeições da criança. Tal como tudo o que diz respeito à alimentação, esta não deve ser realizada de forma aleatória, mas sim de acordo com procedimentos específicos e bem definidos, e sempre sob orientação médica.

São precisamente essas regras que os autores procuram divulgar, aconselhando

230 Rumina, B. (1955, Março). Se já tem bebé... Saiba tratar dele. *Os Nossos Filhos*, 5.

231 Rumina, B. (1945, Março). A alimentação do bebé. *Os Nossos Filhos*, 16.

as mães sobre o momento em que devem iniciar a diversificação alimentar, quais e quando os alimentos que devem incluir na dieta da criança e, ainda, como devem proceder de forma a facilitar essa transição.

*A alimentação complementar do lactente deve ser precoce e progressiva*²³² - Uma das principais preocupações dos autores, em relação à diversificação alimentar, prende-se com precocidade com que muitas vezes é realizada, considerada uma ameaça à saúde da criança: “Outra prática nociva é a de darem, às crianças de poucos meses, alimentos impróprios. É corrente administrar-lhes açordas de pão e azeite, café com leite, e até arroz ou batatas cozidas”²³³.

Realizada muitas vezes a conselho de *comadres* e *vizinhas*, é classificada como um *crime*, dadas as consequências graves que daí podem advir para a saúde da criança. Antes dos três meses não só “o aparelho digestivo da criança ainda se não encontra apto a poder aproveitá-los [aos alimentos], portanto, a digeri-los”²³⁴, como pode inclusivamente causar perturbações, algumas com grande gravidade: “Estas práticas constituem, não só uma tremenda barbaridade, como uma grande imprudência facilmente transformável num crime. São elas as responsáveis pela morte de uma boa parte das catorze mil crianças que morrem anualmente de diarreias, no nosso país.”²³⁵

De forma a evitar estes problemas as mães são aconselhadas a só introduzir novos alimentos entre os 4 e os 6 meses de idade, momento em que o sistema digestivo se encontra preparado para os digerir.

A diversificação alimentar inicia-se normalmente pela papa de cereais, introduzida em substituição de uma mamada. Confeccionadas em casa, pelas mães, são várias as descrições detalhadas da forma como devem proceder na sua preparação:

Dissolve-se bem a farinha na água, de modo a não ficar o mais pequeno grumo. Deixa-se ferver a farinha durante dez, quinze ou vinte minutos, conforme a qualidade da farinha, havendo o cuidado de nunca encurtar a

232 Anónimo (1950, Abril). Isto interessa à Mãe e ao Pai. *Os Nossos Filhos*, 3.

233 Vasco, G. B. (1945, Novembro). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 18.

234 Morais, M. P. T. (1949, Abril). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 4, 10.

235 Vasco, G. B. (1945, Novembro). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 18.

duração da fervura, para que a farinha fique em condições de ser bem digerida pela criança.

Junta-se depois a quantidade indicada de leite fervido, tempera-se de sal e açúcar, e deixa-se a papa ao lume, mexendo sempre, até engrossar. Retira-se do lume, e só passados uns momentos se junta a manteiga.²³⁶

Para além da descrição do modo como as mães devem confeccionar os alimentos, e que abrange também as sopas e os purés de fruta, os autores vão também indicar às mães como devem proceder para alimentar os seus filhos, ou seja, quais os comportamentos e as atitudes que devem adoptar.

*Explicaremos à mãe com toda a precisão, como deve proceder para dar de comer ao filho*²³⁷ - A regulação do comportamento e das atitudes das mães, em relação à alimentação dos seus filhos, é um dos objectivos dos autores. Neste sentido, fornecem indicações detalhadas da forma como as mulheres devem proceder para alimentar a criança, como aquela que a seguir se transcreve:

A criança deve estar comodamente sentada, ou semi-sentada sobre a coxa esquerda da mãe, esta igualmente comodamente sentada numa cadeira, e com o seu braço esquerdo flectido sobre o antebraço, de modo que sirva de encosto e apoio à cabeça, nuca e parte do dorso do lactante.

A mão esquerda da mãe, sujeita suavemente a homónima do filho, para evitar os seus movimentos involuntários fisiológicos. O prato, com o pequeno almoço, estará sobre uma mesa, ao alcance da mão direita da mãe. Se fosse canhota a posição seria esquerdenha também.²³⁸

As atitudes que as mães deverão ter face a comportamentos de rejeição da comida, normais nesta fase de transição, é outro dos aspectos abordados. Neste sentido, são alertadas para o facto de muitas das crianças reagirem mal à introdução de novos alimentos – “Note-se já que a primeira refeição de farinha é muita vez obstinadamente

236 Anónimo (1948, Janeiro). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

237 Martin, A. S. (1951, Setembro). Técnica e educação alimentares do lactante: Profilaxia da anorexia psíquica. *Os Nossos Filhos*, 4.

238 *Ibid.*

cuspidada pela criança cujo paladar foi surpreendido com uma sensação gustativa desconhecida”²³⁹ – comportamento que deverá ser superado com muita calma e paciência, qualidades essenciais de uma *boa mãe*.

A atenção aos comportamentos e às atitudes da mãe deve-se à percepção de que estes exercem uma profunda influência nos futuros hábitos alimentares da criança. Assim, os autores vão divulgar um conjunto de princípios, que estas devem seguir para assegurar que os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar são os mais correctos e saudáveis, quer do ponto de vista físico, quer psicológico, que passaremos a descrever.

*Os pequenos precisam, desde o início da sua existência, ver desenvolvidos os correctos princípios alimentares*²⁴⁰ - A alimentação da criança, elemento essencial na preservação da sua saúde e na promoção do seu desenvolvimento, não pode ser deixada ao acaso, ou seja, deve-se reger por regras precisas. Esses princípios devem ser aplicados quotidianamente, de modo a evitar os erros alimentares mais comuns, e garantir que são proporcionadas as condições necessárias para que a criança adquira hábitos correctos, que a acompanharão pela vida fora.

Os autores que escrevem sobre este tema, na sua maioria médicos, tendo consciência de que as “refeições que as mães preparam moldarão as preferências e os gostos alimentares dos filhos”²⁴¹, vão aconselhá-las sobre o tipo de alimentos que devem fazer parte da dieta da criança, assim como em relação àqueles que devem ser evitados ou consumidos com moderação.

A qualidade da alimentação que é dada às crianças é um dos aspectos que preocupa os autores. Neste sentido, vão informar as mães sobre os alimentos que a criança deve ingerir:

De acordo com a opinião dos pediatras, a criança que já saiu da primeira infância deve tomar diariamente um litro de leite; um prato de legumes; duas porções adicionais de outra espécie de frutas ou legumes; uma porção de

239 Tièche, M. (1951, Novembro). A criança amuada. *Saúde e Lar*, 16.

240 Anónimo (1946, Janeiro). A refeição da criança fastienta. *Saúde e Lar*, 16-17.

241 Hoag, J. M. P. (1957, Janeiro). Crianças saudáveis. *Saúde e Lar*, 12-13.

batatas; duas fatias de pão ou um prato de cereais; um ovo, e seis a oito copos de água. A criança deve ingerir esses alimentos todos os dias, podendo variar a sua apresentação.²⁴²

Tão importante como saber quais os alimentos que devem ser incluídos na alimentação, é o conhecimento daqueles que devem ser evitados ou consumidos com moderação. Da lista dos alimentos proibidos constam os alimentos excessivamente condimentados, as “conservas, caça, salsicharia, mariscos, lagostas”²⁴³.

Os doces devem ser ingeridos com moderação, preferencialmente à sobremesa e evitados durante o intervalo entre as refeições - “Não ofereça bombons e outros doces entre as refeições para não perturbar a digestão e tirar o apetite da criança. Inclua as guloseimas na própria sobremesa”²⁴⁴ – não devendo fazer parte da alimentação quotidiana da criança.

No que diz respeito às bebidas, são interditas às crianças o chá, o café e o álcool – “As crianças não devem beber chá, nem café, nem vinho, nem cerveja, e ainda menos licores ou qualquer bebida alcoólica”²⁴⁵.

Apesar de criticada, as várias referências à proibição da ingestão de álcool levam-nos a crer que esta deve ser uma prática relativamente frequente. Existe, inclusivamente, uma referência à preparação de um refresco que contém na sua composição vinho tinto, classificado como “delicioso e inofensivo”²⁴⁶, e cuja receita a seguir transcrevemos: “Deite no copo, cerca de 1 centímetro de altura, um pouco de xarope de romã; junte igual porção de vinho tinto de boa qualidade, e acabe de encher com qualquer boa água de mesa”²⁴⁷.

Outro aspecto que preocupa os autores relaciona-se com o *acto de comer*, ou seja, com os comportamentos que as mães devem adoptar para que as refeições decorram calma e tranquilamente e a criança se alimente de uma forma adequada. Esta

242 Anónimo (1949, Novembro). Para que as crianças cresçam fortes. *Saúde e Lar*, 21.

243 Anónimo (1946, Outubro). Alimentação. *Os Nossos Filhos*, 9.

244 Anónimo (1958, Dezembro). Quem tem meninos pequenos... *Os Nossos Filhos*, 6-7.

245 Anónimo (1946, Fevereiro). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 14.

246 Anónimo (1946, Junho). Durante os dias de calor... *Os Nossos Filhos*, 10.

247 *Ibid.*

preocupação deve-se ao facto da infância ser considerada o período mais favorável à emergência de problemas na alimentação, designadamente daqueles que parecem ser a maior fonte de preocupação das mães, a falta de apetite e a recusa em ingerir determinados alimentos, causados muitas vezes por elas próprias.

O cuidado excessivo das mães com a alimentação das crianças está na origem de comportamentos inadequados. Entre estes comportamentos são de destacar as cedências excessivas das mães que, manipuladas pelas crianças, tudo fazem para conseguir alimentá-las:

São vulgaríssimas as cenas mais extravagantes, os episódios mais burlescos no acto da alimentação, sendo até corrente os pais esconderem as suas dificuldades porque, evidentemente, reconhecem que o seu procedimento em tais situações não é de modo algum de aconselhar...

Há crianças que só comem à janela, outras no quintal e outras só o fazem passeando de automóvel... enquanto lhe metem os alimentos na boca!²⁴⁸

A cedência aos caprichos da criança não é, contudo, o único erro praticado pelas mães face à recusa da criança em ingerir determinada quantidade ou qualidade de alimentos. Muitos pais optam pela atitude contrária, ou seja, como explica Vítor Fontes, pelas ameaças e pelos castigos, inclusivamente, pelos castigos físicos:

Certos pais puseram em sua imaginação que o filho deve comer uma determinada porção de comida e, quando assim não sucede, vá de insistir para que coma. E essa insistência vai desde a frase persuasiva, à ameaça das coisas mais extraordinárias: (o homem do saco, o quarto escuro, o polícia, etc.,) ou até às vias de facto em que a criança é castigada fisicamente com palmadas, quando não com a régua ou a palmatória.²⁴⁹

Qualquer um destes métodos é, como se pode verificar pela leitura dos excertos acima transcritos, alvo de censura, considerando-se que só contribui para agravar o

248 Correia, A. (1947, Julho). Saber amar as crianças: O menino diz que não... *Saúde e Lar*, 6-7.

249 Fontes, V. (1948, Janeiro). As maldades das crianças. *Os Nossos Filhos*, 5.

problema.

As mães devem utilizar várias estratégias para evitar este tipo de problemas e alimentar adequadamente os seus filhos. A criança não deve ser obrigada a comer alimentos de que não gosta ou mais do que aquilo que deseja; os intervalos entre as refeições devem ser respeitados, não se deixando que a criança coma durante esse tempo; os alimentos devem ser preparados e apresentados à criança de uma forma agradável; e a hora da refeição deve ser caracterizada por um ambiente adequado, calmo e tranquilo.

*Nunca tentem por meios suasórios ou coercivos obrigar a criança a comer mais do que o seu apetite pode suportar*²⁵⁰ - O apetite e a vontade da criança deve ser respeitado, não se obrigando a comer demais, nem forçando a ingestão de alimentos que não aprecia: “As crianças gostam em geral de comer. Se a boa comida lhes for oferecida de maneira natural, e não as instarem a comer, elas a aceitarão, gostarão dela, e terão quase sempre ‘boa boca’”²⁵¹.

Assim, a recusa em comer determinados alimentos não deve constituir fonte de preocupação, excepto nos casos em que a criança se recusa “sistematicamente a comer muitos dos alimentos necessários à boa alimentação”²⁵², situação que deve levar a mãe a solicitar a ajuda do pediatra. Nestes casos, o médico examinará a criança de forma a determinar o “grau de nutrição da criança que, por vezes, é superior ao que os pais pensavam. Outras vezes, o exame médico descobrirá dificuldades que poderão ser logo remediadas”²⁵³.

Nos casos menos graves, a recusa deve ser ultrapassada através de um comportamento adequado por parte das mães, que devem manter “uma calma perfeita, pacientes, ternas, com uma atitude sempre igual”²⁵⁴, retirando o prato da frente da criança sem mais apreciações e voltando a reintroduzir o alimento numa ocasião

250 Anónimo (1946, Janeiro). A refeição da criança fastienta. *Saúde e Lar*, 16-17.

251 Lenroot, K. F. (1954, Junho). Aprenda a alimentar os seus filhos: O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 5.

252 *Ibid.*

253 Anónimo (1946, Janeiro). A refeição da criança fastienta. *Saúde e Lar*, 16-17.

254 Mendo, M. (1957, Setembro). Crianças que não querem comer: Anorexia nervosa. *Os Nossos Filhos*, 7.

posterior:

Se ela rejeita certo alimento, deve-se retirá-lo da mesa com naturalidade, e sem dizer nada. Tempos depois, volte-se a servir o mesmo prato, acompanhado de um petisco favorito dela. Aproveite-se o momento em que a criança está de bom humor, e com apetite, para lhe oferecer um prato novo. A melhor forma de conseguir que ela coma de tudo, é dar-lhe certa liberdade de escolha, em vez de forçá-la a comer contra vontade.²⁵⁵

*Deixe-se à vontade da criança a determinação de quanto ela pode comer*²⁵⁶ - Um dos erros frequentemente cometidos pelas mães, gerador de conflitos à hora da refeição, consiste em apresentar à criança pratos com demasiada comida, comportamento que devem evitar: “é preferível que a criança peça mais do que deixe no prato”²⁵⁷. A mãe é aconselhada a colocar uma pequena porção no prato, de forma a evitar atitudes negativas, por parte do filho, no momento da refeição:

Ainda há bem pouco tempo, as nossas filhinhas de 2 e 4 anos, recusavam sistematicamente as refeições, sempre que as sentávamos à mesa. Então o meu marido pensou que talvez as grandes porções lhes fizessem perder a coragem. Talvez as crianças se afligissem vendo os pratos muito cheios, e sugeriu que lhes déssemos menores quantidades de comida.

O certo é que a atitude negativa desapareceu. Agora, apresento-lhe a comida numa pequena travessa, e sirvo-lhes pequenas quantidades. Elas comem sem ser necessário insistir, e até gostam de se servir por suas mãos, segunda e mesmo terceira vez.²⁵⁸

Uma especial atenção deve também ser dada a situações propícias à diminuição do apetite, tais como o estar doente ou cansado, ocasiões em que não é aconselhável

255 Lenroot, K. F. (1954, Junho). Aprenda a alimentar os seus filhos: O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 5.

256 *Ibid.*

257 Mendo, M. (1957, Setembro). Crianças que não querem comer: Anorexia nervosa. *Os Nossos Filhos*, 7.

258 Anónimo (1949, Dezembro). Sugestões... *Os Nossos Filhos*, 13.

insistir para que a criança se alimente:

O início de uma constipação pode ser uma causa comum de falta de apetite. Não forcem por nenhum processo a criança a comer nestas circunstâncias. A criança não pode comer e aprende o hábito de recusar a alimentação. Prisão de ventre, infecções agudas, adenóides, são causa de fastio. Falta de exercício fora de casa, demasiado Sol, provocam esta dificuldade. Falta de descanso, de sono, qualquer emoção podem contribuir também.²⁵⁹

Quando a criança não quer comer, a mãe não deve dar muita atenção a esse comportamento, pois a “solicitude, ansiedade e excesso de atenção, em geral são maus para uma criança, e prejudicam o seu comportamento às refeições”²⁶⁰. Pelo contrário, deve controlar-se, tentando “dominar os sintomas de preocupação”²⁶¹ e “encarar o caso de outra forma. Pensemos que a nossa filha há-de comer e falemos de outra coisa. (...) havemos de ficar surpreendidos pela facilidade com que se pode conseguir muito de uma criança”²⁶².

O estabelecimento de uma rotina alimentar também é um aspecto importante. Assim, é recomendada a realização, a partir de um ano de idade, de cinco refeições diárias que devem ter lugar mais ou menos à mesma hora, e cujo intervalo deve ser respeitado, não se oferecendo durante este período comida à criança.

*Nunca permita que a criança coma entre as refeições*²⁶³ - O intervalo entre as refeições deve ser rigorosamente respeitado, condição essencial para que a criança tenha apetite: “as refeições devem ser dadas com intervalos de quatro horas a fim de permitir que o estômago se esvazie”²⁶⁴.

Tal não significa porém que, se a criança tiver fome, não possa ser alimentada. Nesse caso, a mãe deve dar-lhe somente “alguma coisa de simples e digestivo, como

259 Anónimo (1946, Janeiro). A refeição da criança fastienta. *Saúde e Lar*, 16-17.

260 Bell, D. (1952, Dezembro). Trate as crianças com naturalidade. *Os Nossos Filhos*, 9.

261 *Ibid.*

262 *Ibid.*

263 Anónimo (1946, Janeiro). A refeição da criança fastienta. *Saúde e Lar*, 16-17.

264 *Ibid.*

fruta, leite ou pão”²⁶⁵, estando absolutamente proibidos os doces, tal como anteriormente referido, pois “assim, ela achará insípidos os outros alimentos que mais convêm ao seu desenvolvimento, perderá o apetite e depois as forças que lhe eram necessárias para se tornar forte”²⁶⁶.

Esta regra parece ser alvo de algum incumprimento por parte das mães que “com medo de enfraquecer o menino, estão dispostas a dar-lhe tudo o que ele queria entre as refeições”²⁶⁷.

As mães devem ter também em atenção o tipo de alimentos que oferecem à criança, com o objectivo de fazerem variar a sua alimentação, assim como a forma como estes são confeccionados e apresentados: “O cardápio da criança deve ser tanto quanto possível variado, e os pratos bem agradáveis à vista e ao paladar”²⁶⁸.

A forma como decorrem as refeições também não deve ser descurada. As mães devem ter o cuidado de assegurar que são momentos tranquilos e calmos, pois “os alimentos são verdadeiramente proveitosos quando ingeridos com prazer (...). Daí a vantagem de criar um ambiente agradável e calmo à hora das refeições”²⁶⁹.

*Torne as refeições agradáveis*²⁷⁰ - A tranquilidade é um elemento essencial para que as refeições decorram da melhor forma possível. Para que tal aconteça a mãe deve manter-se calma, introduzindo na conversa “alguns assuntos de interesse infantil”²⁷¹, evitando ralhar com as crianças e procedendo exactamente da forma como deseja que a criança se comporte: “As crianças imitam a gente crescida. Os pais e os irmãos mais velhos devem dar o exemplo que queiram ver seguido pela criancinha”²⁷².

Esta estratégia só se aplica, porém, às crianças mais velhas, dado que para as

265 Lenroot, K. F. (1955, Março). Aprenda a alimentar os seus filhos (15): O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

266 Dias, M. T. F. (1952, Julho). Como tratar bem um bebé. *Saúde e Lar*, 4-6.

267 Anónimo (1946, Janeiro). A refeição da criança fastienta. *Saúde e Lar*, 16-17.

268 Anónimo (1958, Dezembro). Quem tem meninos pequenos... *Os Nossos Filhos*, 6-7.

269 Mendo, M. (1957, Setembro). Crianças que não querem comer: Anorexia nervosa. *Os Nossos Filhos*, 7.

270 Anónimo (1946, Janeiro). A refeição da criança fastienta. *Saúde e Lar*, 16-17.

271 Lenroot, K. F. (1954, Junho). Aprenda a alimentar os seus filhos: O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 5.

272 *Ibid.*

mais novas, é recomendado que comam sozinhas: “Compre uma mesa baixinha e cadeirinha só para ele. Deixe-o tomar as refeições sozinho, antes das pessoas crescidas, e comer por sua mão”²⁷³.

As refeições são ainda consideradas um momento propício ao desenvolvimento da autonomia. Neste sentido, assim que tiver capacidade para tal, a criança deve ser incentivada a alimentar-se sozinha.

*Dai-lhe o prazer de se alimentar a si própria*²⁷⁴ - A criança deve ser encorajada, desde cedo, a alimentar-se pela sua própria mão:

Pode-se deixar comer pela sua mão sempre que o deseje e devem suportar-se algumas tolices próprias do início da aprendizagem. (...) A compreensão da Mãe pode ir até ao ponto de consentir que brinque um pouco com os alimentos, visto que a brincadeira é a forma habitual da sua actividade.²⁷⁵

Para que esta aprendizagem decorra da melhor forma, as mães devem ter consciência daquilo que as crianças são capazes, em cada etapa do seu desenvolvimento, ou seja, das suas competências psico-motoras, não lhes exigindo comportamentos que ainda não estão aptas a ter, “erro grave que muito prejudica a sua saúde mental”²⁷⁶. Como explica Vítor Fontes:

Exigir duma criança de três anos que segure bem na colher sem entornar o que tem dentro, quando é certo que nessa idade ainda os músculos e os nervos não criaram os automatismos necessários para bem executarem esses movimentos, é a mesma coisa que pedir a um náufrago, que não sabe nadar, que morra afogado.²⁷⁷

Pelo contrário, as mães devem enaltecer as competências das crianças, à medida

273 Anónimo (1946, Outubro). Os teus problemas, mãezinha! *Os Nossos Filhos*, 24.

274 Anónimo (1946, Janeiro). A refeição da criança fastienta. *Saúde e Lar*, 16-17.

275 Mendo, M. (1957, Setembro). Crianças que não querem comer: Anorexia nervosa. *Os Nossos Filhos*, 7.

276 Fontes, V. (1952, Junho). Higiene mental infantil. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

277 Fontes, V. (1948, Janeiro). As maldades das crianças. *Os Nossos Filhos*, 5.

que estas as vão adquirindo, e tentar ignorar os desastres.

Outra tarefa das mães diz respeito à facilitação deste processo. Para tal deverão preparar os alimentos de uma forma que seja mais fácil para a criança comê-los - “corte-se a carne em pedacinhos de tamanho comestível; as ervilhas devem ser servidas em molho de creme, para serem comidas com a colher; a fruta crua e os vegetais, de modo que se possam comer à mão”²⁷⁸ –, incentivando-a quando ela se mostre cansada e escolhendo os utensílios mais adequados à sua idade: “pratos e copos interessantes e outros objectos que ela possa manejar sem se ferir”²⁷⁹.

Como se pode verificar pelo anteriormente exposto, as regras que as mães devem seguir na alimentação dos seus filhos são minuciosamente descritas. Os autores pretendem, por um lado, dar a conhecer às mães os alimentos que devem fazer parte da dieta das crianças, de forma a garantir que estas usufruem de uma alimentação equilibrada, condição essencial para um desenvolvimento físico saudável, e, por outro, regular o comportamento das mães, indicando-lhe os comportamentos e as atitudes correctas no momento da refeição:

Os pais devem envidar todos os esforços para que o filho siga sempre pelo caminho da boa nutrição e da saúde e, para evitar que ele se descaminhe por veredas perigosas. Pode isso afigurar-se tarefa quase impossível, mas não é, felizmente, tão difícil como parece à primeira vista. Vence-se a jornada passo a passo; a estrada é lisa, está bem traçada, e estão já claramente assinalados todos os pontos de perigo.²⁸⁰

Aquilo que se pretende é acima de tudo garantir que a criança tem uma adequada educação alimentar, elemento essencial na preservação da sua saúde e na prevenção de um conjunto de doenças, ou seja, impedir que “muitas crianças, nascidas saudáveis, se tornem doentes porque a sua alimentação é insuficiente, excessiva ou incorrecta”²⁸¹.

278 Lenroot, K. F. (1954, Junho). Aprenda a alimentar os seus filhos: O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 5.

279 Anónimo (1946, Janeiro). A refeição da criança fastienta. *Saúde e Lar*, 16-17.

280 Lenroot, K. F. (1954, Fevereiro). Aprenda a alimentar: O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

281 Anónimo (1950, Outubro). Não esqueça... *Os Nossos Filhos*, 13.

Embora este seja um dos aspectos mais importantes dos cuidados com o corpo da criança, a higiene, essencial para a conservação de um corpo saudável, também deve merecer, da parte das mães, especial atenção.

III.2.2.2. Higiene

Os cuidados de higiene constituem um elemento essencial no quotidiano de qualquer criança, englobando não só os cuidados com a limpeza do corpo, que as mães têm por dever assegurar e inculcar através do ensino dos princípios básicos da higiene e do asseio, mas também os cuidados quer com os objectos, quer com o espaço usado pela criança.

Assim, a mãe deve ter a preocupação de manter o corpo do filho limpo, assegurando ela própria essa limpeza ou, a partir do momento em que a criança adquire uma certa autonomia, vigiando e velando para que tome banho diariamente, lave “as mãos e o rosto assim que se levanta”, lave “bem as orelhas”, escove “os dentes de manhã e à noite e após as refeições”, traga “os cabelos sempre cortados, penteados e limpos” e tenha “as mãos sempre asseadas e as unhas cortadas”²⁸².

Para que essa autonomia seja adquirida é, contudo, necessário que lhe sejam ensinados os preceitos elementares de higiene, treinando-a e procurando incutir, o mais precocemente possível, hábitos de limpeza:

Um programa de existência adequado à criança só pode ser respeitado se ela adquirir uma série de hábitos e atitudes desejáveis. Mesmo quando os seus começos, em bebé, foram bons, muito há ainda a fazer desde um aos seis anos de idade. Os pais devem continuar a treinar a criança nos hábitos de higiene: isto é, ensiná-la a fazer habitualmente, e sem esforço consciente, as coisas que

282 Anónimo (1945, Maio). *Puericultura. Os Nossos Filhos*, 17.

determinam os hábitos higiênicos.²⁸³

Para além da importância da limpeza para a saúde e bem-estar da criança, surgem referências, ao que o pedagogo Maurice Tièche designa de “significado moral do asseio”²⁸⁴. Ou seja, a criança para além de ser ensinada a ter cuidados com o seu corpo em nome da sua conservação, deve entender que o asseio é um elemento essencial da vida em sociedade:

Não basta ser asseado apenas para si próprio. Não ferir a vista ou... o olfacto dos outros constitui uma cortesia devida a todos aqueles que nos rodeiam; é um sinal de respeito, uma preocupação de não ser desagradável aos outros. Mostramos, assim, a intenção de estar com eles nos melhores termos possíveis e de lhes facilitar a vida social.²⁸⁵

A limpeza do corpo da criança é um dos aspectos a que as mães deverão estar particularmente atentas. Necessária para o seu bem-estar, é realçado ainda o papel que desempenha na prevenção das doenças infecto-contagiosas e gastrointestinais.

Envolvendo várias tarefas, que se vão transformando à medida que a criança cresce, durante os primeiros meses os cuidados centram-se sobretudo na troca de fraldas e no banho diário.

*Devem mudar-se as fraldas do bebé sempre que estejam molhadas*²⁸⁶ - Uma das formas de garantir que o corpo do bebé permanece limpo é a troca frequente da fralda, sendo realçado que as mães devem fazê-lo sempre que a criança esteja molhada, excepto quando esta está a dormir. A troca das fraldas, para além de constituir uma medida básica de higiene, contribui ainda para a aprendizagem do asseio:

Na realidade, a criancinha não é asseada nem suja. Se se queixa por meio do choro da sujidade dos seus cueiros ou berço, não é pela preocupação do asseio

283 Lenroot, K. F. (1954, Outubro). Aprenda a alimentar os seus filhos: O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

284 Tièche, M. (1953, Julho). Como ensinar o asseio às crianças. *Saúde e Lar*, 12-13.

285 *Ibid.*

286 Anónimo (1947, Maio). Higiene geral da 1.^a infância. *Os Nossos Filhos*, 12-13.

mas pela sensação desagradável que experimenta, quer por que as dejeções lhe dão uma impressão de frio e desconforto, quer por que a sua pele ainda muito sensível se irrita. A mãe que intervém então para substituir a roupa molhada por roupa enxuta dá ao bebé a sua primeira lição de asseio.²⁸⁷

As mães são ainda instruídas a lavar o bebé sempre que evacua ou urina “com um pano fino ou de algodão molhado em água fervida”, devendo ter “especial cuidado com a limpeza dos órgãos genitais no sexo feminino”²⁸⁸.

Outro elemento essencial na garantia do asseio do corpo da criança é a realização de um banho diário, acerca do qual as mães são pormenorizadamente instruídas.

*O banho do bebé*²⁸⁹ - Para a realização desta tarefa, que apesar de quotidiana nada tem de simples, é “indispensável agir com método”²⁹⁰, executando, de acordo com uma sequência lógica, um conjunto de procedimentos, que os autores descrevem de uma forma detalhada, e que passaremos a apresentar.

O primeiro passo consiste na preparação do material necessário à *toilette* da criança, assim como do espaço, aquecendo a divisão da casa onde se irá proceder ao banho:

Deve-se aquecer um pouco antes a divisão da casa em que vai ser dado o banho e a se temperatura não parece ainda suficiente, dê-se o banho junto de uma fonte de calor, de uma boa chama na chaminé ou de um pequeno radiador eléctrico.

Tudo o que a mãe necessita para proceder à lavagem e à mudança de vestuário do bebé deve estar ao alcance da mão.²⁹¹

A temperatura da água é outra questão que não deve ser descurada, devendo a mãe assegurar-se de que está a 37°C, utilizando para tal um termómetro ou, na falta

287 Tièche, M. (1953, Julho). Como ensinar o asseio às crianças. *Saúde e Lar*, 12-13.

288 Cruz, C. (1949, Dezembro). Coisas que as mães devem saber. *Os Nossos Filhos*, 4, 12.

289 Anónimo (1946, Agosto). O banho do bebé. *Os Nossos Filhos*, 11.

290 Lacoste, J. (1951, Setembro). Limpeza diária da criança. *Saúde e Lar*, 15.

291 *Ibid.*

deste, o cotovelo. Em seguida, proceder-se-á à limpeza do corpo da criança:

Despir a criança, ensaboando-a em seguida da cabeça aos pés antes de a mergulhar na sua pequena banheira ou, faltando esta, numa bacia grande. Aconselhamos a verificar a temperatura da água, não com a mão, mas com o cotovelo, de sorte que esteja aproximadamente a 37°.

Não é necessário dizer que a cabeça da criança deve manter-se fora da água e que, para isso, a mãe deve suster-lhe a nuca. Nem sempre é uma fácil tarefa!²⁹²

Durante o banho, um aspecto a que se deve ter especial atenção é a lavagem da cabeça do bebé, aspecto realçado devido, por um lado, ao facto de “muitas mããs” pensarem “erradamente que é preferível não molhar o couro cabeludo”²⁹³ e, por outro, à credence existente entre o povo de que estas crostas “não se devem combater, porque ‘recolhem’”²⁹⁴. Este é um preconceito que, na opinião dos autores, deve ser combatido, a bem não só da higiene, mas também da saúde da criança, pois “além de tais crostas se tornarem repugnantes, constituem bastas vezes porta de entrada para infecções”²⁹⁵.

No caso do seu aparecimento deverão ser eliminadas através do seguinte procedimento: “À noite, ao deitar, unta-se a cabecinha da criança com vaselina; no dia seguinte, no banho, dá-se-lhe uma ensaboadela”²⁹⁶.

Outro aspecto que é salientado refere-se ao momento a partir do qual se pode dar banho ao bebé. Mais concretamente, as mães são aconselhadas a não dar banho aos seus filhos antes da “cicatrização da chaga umbilical, ou seja, por volta do 15.º dia”²⁹⁷. Assim, e até ao momento que a se dá a cicatrização do umbigo, a criança deve ser lavada diariamente, “por meio de uma ensaboadela rápida”. Mais concretamente, a mãe deverá colocar o bebé sobre uma almofada “coberta com uma toalha” que será colocada em cima de uma mesa, para que possa ter “livres ambas as mãos, para operar” e lavar-lhe “os olhos e a boca com uma solução de ácido bórico, depois a cabeça e o rosto e, por

292 Lacoste, J. (1951, Setembro). Limpeza diária da criança. *Saúde e Lar*, 15.

293 *Ibid.*

294 Anónimo (1949, Outubro). Normas de higiene. *Os Nossos Filhos*, 13.

295 *Ibid.*

296 Anónimo (1945, Maio). Puericultura. *Os Nossos Filhos*, 17.

297 Lacoste, J. (1951, Setembro). Limpeza diária da criança. *Saúde e Lar*, 15.

último, o corpo”²⁹⁸, tendo sempre o cuidado de conservar seco o cordão.

O horário do banho é também um aspecto que não deve ser deixado ao acaso. Uma vez que a regularidade é considerada essencial na vida da criança, a mãe é aconselhada a dar o banho sempre à mesma hora ou, se tal não for possível, pelo menos no mesmo período do dia (manhã ou noite). A opção pela manhã, pela tarde ou ainda pela noite deve ser tomada tendo em conta as características da criança.

*Para as crianças nervosas, o banho da noite é o melhor dos calmantes*²⁹⁹ - Para além da limpeza do corpo são também realçadas outras questões: o efeito calmante que poderá ter no caso de crianças nervosas e as consequências nefastas de um banho mal dado.

No que diz respeito às crianças nervosas, é aconselhado que tenha lugar à noite pois ajudará a obter um sono tranquilo. No que se refere ao facto de um banho mal dado, ou seja, que não segue todos os procedimentos anteriormente descritos, este pode “excitar ou, pelo contrário, deprimir o bebé”, assim como provocar repulsa pelo mesmo. Assim, as mães deverão ter o cuidado de não “meter o menino na água de repente”, tendo “a preocupação de lhe deixar os movimentos livres e de lhe dar, ao mesmo tempo, a sensação de segurança”³⁰⁰.

*A “toilette” depois do banho*³⁰¹ - Depois de lavado, retira-se lentamente o bebé da banheira segurando-o pelas axilas, envolvendo-o “numa toalha macia e absorvente e enxuga-se, dando leves pancadinhas com a toalha, em vez de esfregar”³⁰². Por fim, conclui-se a *toilette* vestindo o bebé, com roupa lavada e “perfeitamente enxuta”³⁰³ e penteando-o com uma “escova macia e pente de dentes finos e rombos”³⁰⁴.

Uma vez por semana as mães deverão ainda cortar, com uma tesoura de pontas redondas, as unhas dos pés - “a direito, evitando desta forma o perigo das unhas

298 Rossiter, F. (1955, Novembro). O banho do bebé. *Saúde e Lar*, 4.

299 Lacoste, J. (1951, Setembro). Limpeza diária da criança. *Saúde e Lar*, 15.

300 Anónimo (1948, Novembro). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 11.

301 Anónimo (1947, Maio). Higiene geral da 1.ª infância. *Os Nossos Filhos*, 12-13.

302 Rossiter, F. (1955, Novembro). O banho do bebé. *Saúde e Lar*, 4.

303 Anónimo (1946, Junho). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 11.

304 Anónimo (1955, Julho). Atenção, mãezinha!... *Os Nossos Filhos*, 4-5.

encravadas, tão frequente e doloroso”³⁰⁵ - e das mãos - “em redondo, rentes, mas sem magoar”³⁰⁶:

As unhas devem ser cortadas com frequência, e não é por isso que deixarão de falar, segundo um preconceito popular; mas do que lhes pode vir mal, é se as mãos ou as amas empregarem, em vez de tesouras, os próprios dentes.³⁰⁷

*Higiene das mãos*³⁰⁸ - A preocupação com o corte regular das unhas, que se deve em parte à prevenção da aquisição do mau hábito de as roer, é uma componente da questão mais geral da higiene das mãos. No que diz respeito a este aspecto, as mães são alertadas para o facto de que as mãos dos bebés devem ser limpas com regularidade, pois as “mãos sujas levadas à boca são causa frequente de doenças infecciosas”³⁰⁹, tendo-se o especial cuidado de lhes lavar sempre as mãos “quando elas começam a pegar nos objectos que estão ao seu alcance” e estes “sejam de limpeza duvidosa”³¹⁰.

A lavagem das mãos é, ainda, considerada “um dos primeiros preceitos de higiene a ensinar aos pequeninos”³¹¹. As mães devem habituar os seus filhos “a lavar as mãos antes de se sentarem à mesa e também depois de se terem servido do W.C.”, pois este hábito “além de ser um preceito elementar de higiene, pode prevenir muitas infecções intestinais”³¹², assim como outras doenças infecto-contagiosas.

Devem, mais concretamente, “incutir na criança o gosto, o prazer de ter as mãozinhas e as unhas limpas”³¹³. Para tal deverão aproveitar a tendência natural das crianças para imitarem o comportamento dos adultos, pois a “necessidade de lavarem as mãos quando estão sujas surge quando a criança vê que os crescidos não andam com elas sujas”³¹⁴. As mães devem ainda explicar, de uma forma compreensível para a sua idade, o porquê deste comportamento:

305 Anónimo (1947, Março). Consultório: Da alimentação e higiene infantil. *Os Nossos Filhos*, 24.

306 *Ibid.*

307 Cruz, C. (1949, Dezembro). Coisas que as mães devem saber. *Os Nossos Filhos*, 12.

308 Anónimo (1946, Junho). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 11.

309 Lacoste, J. (1951, Setembro). Limpeza diária da criança. *Saúde e Lar*, 15.

310 Cruz, C. (1949, Dezembro). Coisas que as mães devem saber. *Os Nossos Filhos*, 12.

311 Anónimo (1948, Março). Preceitos de higiene. *Os Nossos Filhos*, 13.

312 Cabral, G. (1956, Outubro). Aprenda comigo. *Saúde e Lar*, 6-7.

313 Anónimo (1948, Março). Preceitos de higiene. *Os Nossos Filhos*, 13.

314 *Ibid.*

Será fácil explicar à criança que existem micróbios, uns seres invisíveis que vivem nas poeiras, e em tudo o que é sujo, portanto também na sujidade das mãos, e que a prejudicará se ela os ingerir com os alimentos. Isto pode dizer-se em palavras simples e compreensíveis, de modo a que a criança passe a sentir repugnância por comer com as mãos sujas. Deste modo aceitará também perfeitamente o bom hábito de lavar as mãos.³¹⁵

Este é o primeiro passo da aprendizagem do asseio que passará, posteriormente, pelo ensino da “manutenção da limpeza do rosto, dos dentes, das pernas e dos pés, e depois de todo o corpo”,³¹⁶.

*Habitue o seu filho, de muito pequeno, a ser cuidadoso com a higiene da boca*³¹⁷

- Outro aspecto frequentemente referido, no âmbito dos cuidados de higiene, diz respeito à higiene da boca. Como explica a médica Branca Rumina, por ser “entrada dos aparelhos respiratório e digestivo”, assim como “pelos perigos a que está exposta em função da sua colocação e funções”, esta exige cuidados “diários repetidos”, pois só se assim se pode assegurar uma boa saúde oral:

A boca exige cuidados diários repetidos, podendo-se, sem exagero, garantir que os cuidados tidos com ela e com os dentes (...) trazem, com pequena perda de tempo em cada dia, vantagens altamente compensadoras do tempo, dores e despesas que as doenças que nela se originam nos acarretam.³¹⁸

Entre o primeiro e o segundo ano de vida, logo “que a criança tenha algum tino (...) deve começar-se a inculir-lhe o hábito de lavar a boca, pelo menos de manhã e à noite, com água fervida e uma escova pequenina”,³¹⁹. Inicialmente, a mãe deverá “dirigir os movimentos da criança”,³²⁰ que segura na escova, até que progressivamente ela

315 Anónimo (1948, Março). Preceitos de higiene. *Os Nossos Filhos*, 13.

316 Tièche, M. (1953, Julho). Como ensinar o asseio às crianças. *Saúde e Lar*, 12-13.

317 Anónimo (1955, Julho). Atenção, mãezinha!... *Os Nossos Filhos*, 4-5.

318 Rumina, B. (1946, Abril). A boca. *Os Nossos Filhos*, 14.

319 Anónimo (1945, Janeiro). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 17.

320 Morais, M. P. T. (1950, Outubro). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

consiga desempenhar sozinha esta tarefa.

Outra componente essencial do ensino que as mães devem realizar, no que diz respeito às questões relacionadas com a higiene, é a aquisição dos *hábitos de eliminação*, ou seja, do controlo dos esfíncteres.

*A aquisição dos hábitos de eliminação*³²¹ - O controlo dos esfíncteres constitui uma das maiores preocupações das mães “pelo que representam de importante para o estado de saúde dos filhos”³²². A primeira questão que se coloca, e para a qual parece não existir uma resposta consensual, diz respeito ao momento em que se deve iniciar este ensino.

Embora alguns autores aconselhem o ensino precoce dos hábitos de asseio - “dos 3-4 meses, pode colocar-se a criança na bacia às horas a que se verificou que ela costuma urinar (depois das refeições, ao acordar, etc.)”³²³ - a ideia dominante é que este ensino só deve ser iniciado quando a criança estiver fisicamente e psicologicamente apta para realizar com sucesso esta tarefa, ou seja, quando “atingiu um grau de maturidade suficiente”³²⁴. Esta mudança de atitude é justificada pelo facto do controlo precoce dos esfíncteres, realizado quando a criança ainda não está preparada para tal, poder afectar a saúde mental da criança:

A educação do asseio não pode começar antes que o «ambiente fisiológico» se revele favorável, o que, não só multiplica as suas probabilidades de êxito rápido, como afasta o escolho do desencadeamento de mecanismos complexos, como a agressividade.³²⁵

Contudo, muitas mães parecem ainda ignorar consequências nefastas de uma imposição precoce do controlo dos esfíncteres: são “muitas as mães de família que

321 Meneses, M. I. C. (1949, Dezembro). Formação de hábitos na criança, e correcção de maus hábitos. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

322 Fontes, V. (1948, Janeiro). As maldades das crianças. *Os Nossos Filhos*, 5.

323 Meneses, M. I. C. (1949, Dezembro). Formação de hábitos na criança, e correcção de maus hábitos. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

324 Petersen, S. (1949, Dezembro). Um dos primeiros mal entendidos entre adultos e pequeninos: A educação prematura do asseio. *Os Nossos Filhos*, 5.

325 *Ibid.*

ainda hoje ignoram as remotas consequências duma inoportuna e desastrada educação do asseio no desenvolvimento ulterior de certas crianças”³²⁶. Este desconhecimento é apontado como a principal causa de um conjunto de comportamentos errados, ou como afirma Vítor Fontes da utilização de *más técnicas educacionais*³²⁷, como as que ele próprio descreve, que em vez de facilitar, dificultam ainda mais esta tarefa:

muitos pais cuidadosos, para que os filhos desde muito cedo adquiram esse hábito, sentam numerosas vezes, por dia e por noite os filhos na bacia, julgando, assim facilitar-lhes a aquisição desse hábito. Todos temos visto certas mães que, quando imaginam (aliás com muita antecedência) que o filho poderá querer urinar, sentam-no na bacia e não o deixam levantar naqueles quartos de hora mais chegados até que urine.

Entre as zangas da mãe, as lástimas, as ameaças, as palmadas, e o choro do filho, a criança fica tempos infindos sentado, à espera... que a vontade chegue. Lembro-me dum pequenito de pouco mais de 2 anos em que a mãe, que lhe queria inculcar cuidadosos hábitos de asseio, o sentava demoradamente na bacia; e a demora era tanta e as vezes que este exercício se repetia eram tão numerosas, que o pequenito aprendeu a deslocar-se, no quarto onde estava, sentado na bacia, duma forma habilíssima. Para isso imprimia uma rotação ao vaso onde estava sentado e, ajudando com os pés, corria a casa de lado a lado, isto com uma facilidade que causava espanto.

Quantas vezes não temos visto crianças sentadas na bacia e a mãe a dar-lhes simultaneamente a papa.

É lá possível conciliar dois actos tão diferentes e até opostos.³²⁸

As mães devem ter consciência de que cada caso é específico, estudando “cuidadosamente a criança e, conforme o grau do seu desenvolvimento, actuar no sentido de começar o treino, ou de esperar para mais tarde”³²⁹, ou seja, devem saber identificar o momento em que o seu filho está preparado para abandonar as fraldas. Para

326 Petersen, S. (1949, Dezembro). Um dos primeiros mal entendidos entre adultos e pequeninos: A educação prematura do asseio. *Os Nossos Filhos*, 5.

327 Fontes, V. (1948, Janeiro). As maldades das crianças. *Os Nossos Filhos*, 5.

328 *Ibid.*

329 Duarte, M. G. F. (1956, Dezembro). Enurese. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

tal deverão estar atentas a alguns sinais, como aquele que a seguir se transcreve:

É possível determinar, se não a idade, pelo menos o período favorável à educação da limpeza, segundo a habilidade manual demonstrada nas brincadeiras, e os especialistas dão como critério a facilidade com que a criança sobe, sem ajuda, cinco degraus de uma escada.³³⁰

Depois de identificado o momento ideal, ou seja, de se garantir que criança e a mãe se encontram preparados, o passo seguinte será criar um ambiente favorável: “para o educar neste hábito de asseio deve-se rodeá-lo de comodidade, pois até para isso é necessário um ambiente agradável que o leve a aceitar de boa vontade o que dele pretendem”³³¹.

Podemos então afirmar que a vontade da criança é um dos elementos determinantes, sendo realçado que esta nunca deve ser forçada a utilizar o bacio:

Sabemos que todos estes actos fisiológicos que se podem designar por «satisfação de necessidades», devem sempre ser executados com prazer, com satisfação, como o próprio nome o indica. E, tal como nas horas da refeição, levar a criança a situações de imposição contra o que ela sente de necessário, é tirar o colorido afectivo, libidinoso, de prazer, como todos esses actos devem ser realizados.³³²

Outro aspecto importante é o tempo que a criança permanece no bacio. As mães são aconselhadas a não deixar a criança demasiado tempo no bacio – “nunca mais de 10 a 15 minutos”³³³ – para que não crie aversão ao objecto e, conseqüentemente, ao abandono das fraldas. Devem ainda preparar-se para alguns desastres, aceitando-os sem castigar, sem censurar e sem humilhar as crianças:

Diremos que não há coisa mais intempestiva do que ralar, humilhar o inocente

330 Petersen, S. (1949, Dezembro). Um dos primeiros mal entendidos entre adultos e pequeninos: A educação prematura do asseio. *Os Nossos Filhos*, 5.

331 Anónimo (1948, Setembro). Sem título. *Os Nossos Filhos*, 11.

332 Fontes, V. (1952, Junho). Higiene mental infantil. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

333 Duarte, M. G. F. (1956, Dezembro). Enurese. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

que, nestas condições, faz uma regueira no sobrado, ou encharca o vestuário. Procedendo assim, apenas se consegue acentuar o seu mal-estar e promover a reincidência dos seus passageiros desfalecimentos.³³⁴

A preocupação com a higiene e o asseio do corpo da criança deve ainda estender-se aos objectos e ao espaço onde esta permanece. Neste sentido, são dadas instruções detalhadas sobre como as mães devem proceder para limpar quer os objectos da criança, quer o seu espaço.

*No quarto dos pequeninos não se devem acumular poeiras ou sujidades de qualquer espécie*³³⁵ - As mães devem assegurar não só a limpeza dos objectos de uso diário da criança, pois “correm não só o risco de estarem sujos, como escondem por vezes micróbios mais ou menos virulentos, e tantos mais perigoso quanto é certo que nada revela a sua presença”³³⁶, mas também a do seu espaço, designadamente, do quarto onde dorme. Este deve ser objecto de uma limpeza rigorosa, realizada diariamente, tal como a seguir se transcreve:

Comecem pela cama: tirem os lençóis e cobertores e exponham-os, sempre que possível ao sol e ao ar; mas, cuidado, protejam-os de qualquer porcaria do exterior ou dos andares vizinhos. Voltem o colchão e deixem-o tomar ar de ambos os lados. Evitem varrer o quarto das crianças; arriscam-se a deslocar a poeira em vez de a removerem. Se não tiverem aspirador, passem o chão com um pano húmido. Como os móveis são quase sempre pintados, podem limpá-los com uma esponja artificial humedecida. Tenham sempre à mão um bom desinfectante a fim de pulverizar o aposento de tempos o tempos nos cantos difíceis de atingir com o pano, mas adquiram um produto absolutamente inofensivo, para não correrem o perigo de prejudicar a saúde das crianças.

Depois da limpeza do soalho e dos móveis, podem fazer a cama, mas não se esqueçam de lavar bem as mãos antes de pegarem nos lençóis e nas almofadas.

334 Petersen, S. (1949, Dezembro). Um dos primeiros mal entendidos entre adultos e pequeninos: A educação prematura do asseio. *Os Nossos Filhos*, 5.

335 Rumina, B. (1956, Maio). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 6.

336 Tièche, M. (1953, Julho). Como ensinar o asseio às crianças. *Saúde e Lar*, 12-13.

Cubram a cama com uma colcha suficientemente grande, com o fim de proteger a roupa da poeira.

Uma vez a cama feita, tratem do lavatório. Se as crianças se lavam no quarto de banho, reservem-lhes um canto para os copos de dentes, toalhas, etc... Lavem cuidadosamente o copo e verifiquem o asseio da escova de dentes. Mudem a intervalos de dois dias as toalhas dos pequenos, que precisam de duas, uma para o rosto e outra para as mãos e o corpo. Limpem diariamente as escovas do cabelo, e mergulhem-as duas vezes por semana em água com umas gotas de amoníaco. Terminem arrumando as coisas nos seus devidos lugares.³³⁷

Para além de indicar a forma como as mães devem proceder para limpar o quarto dos seus filhos, os autores dão indicações de certas características que, a serem respeitadas, facilitam esse processo tornando-o, tanto quanto possível, perfeito.

Assim, no quarto da criança devem evitar-se “sanefas, reposteiros, tapetes felpudos, tudo onde se possam acumular poeiras”, devendo optar-se por poucos móveis que, além de laváveis, deverão ser “leves sem ornatos complicados, de forma a permitir uma limpeza diária rápida e perfeita”³³⁸. É ainda referido que, tal como os móveis, as “paredes devem ser laváveis”³³⁹, devendo o chão deverá “ter a frinchas bem tapadas”³⁴⁰, com o objectivo, mais uma vez de se conseguir uma limpeza “tanto quanto possível perfeita”³⁴¹.

Para além de todos os cuidados até agora referidos, existe ainda outro elemento fundamental na vida da criança, designadamente, na primeira infância, o sono, e que também parece constituir um motivo de preocupação para as mães: “É sabido que entre as mais vulgares preocupações dos pais em relação aos filhos, estão os actos ligados à nutrição e ao sono”³⁴².

337 Anónimo (1953, Setembro). O arranjo do quarto dos filhos. *Os Nossos Filhos*, 21.

338 Anónimo (1950, Abril). O quarto do bebé. *Os Nossos Filhos*, 10.

339 *Ibid.*

340 Anónimo (1945, Janeiro). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 17.

341 *Ibid.*

342 Fontes, V. (1948, Janeiro). As maldades das crianças. *Os Nossos Filhos*, 5.

III.2.2.3. Sono

O sono, tal como a alimentação ou a higiene, é entendido como uma necessidade básica da criança, essencial quer para o seu desenvolvimento físico, quer para o bem-estar psicológico: “A criança que não dorme o suficiente é irritável, anda mal disposta e acaba por não comer”³⁴³. É por este motivo que os autores vão elaborar um conjunto de “sugestões para obter um sono pronto e calmo”³⁴⁴, indicando às mães quais os comportamentos que devem ter, assim como aqueles que devem evitar, que apresentaremos em seguida.

A primeira questão que se coloca é quanto tempo devem dormir as crianças para garantir o repouso suficiente. Embora os autores refiram, tal como em relação à alimentação, que cada criança tem as suas necessidades específicas, vão divulgar informação sobre as horas de sono necessárias nas diferentes idades, como aquela que a seguir se transcreve:

A criancinha recém-nascida deve, no primeiro mês, dormir quase todo o tempo - isto é, cerca de vinte e duas das vinte e quatro horas diárias. No segundo e terceiro meses, de dezoito a vinte horas. Durante os três meses seguintes deve dormir de quinze a dezassete e nos últimos seis meses do primeiro ano, catorze ou quinze horas diariamente.

Dos seis aos dezoito meses, o bebé deve dormir duas horas no período anterior ao meio-dia e outras duas horas à tarde. A fim de que tenha sono suficiente durante todo o longo período da noite, é melhor que à tarde comece a sua soneca, antes das três horas.

Dos dezoito meses em diante não necessitará mais de dormir pela manhã, continuando somente a ter o seu período de duas horas de sono à tarde, até completar dois anos de idade. Daí até aos seis anos, uma hora ou uma hora e meia é o período que necessita para o sono da tarde.³⁴⁵

343 Anónimo (1948, Novembro). A importância do sono para as crianças. *Saúde e Lar*, 4-5.

344 *Ibid.*

345 Noel, M. B. (1949, Março). Quantas horas deve dormir o bebé? *Saúde e Lar*, 18-19.

Estes valores servem, porém, apenas de orientação, devendo as mães estar atentas a um conjunto de sinais que permitem avaliar se as necessidades da criança estão a ser satisfeitas: “Uma criança que dorme o tempo que necessita, não apresenta sinais de fadiga, ganha peso, tem boa cor, olhos vivos e sente-se feliz e não irritada ou rabugenta”³⁴⁶.

Para além de se assegurar de que a criança dorme o tempo suficiente, a mãe tem também a responsabilidade de garantir que adquire bons hábitos de sono.

*O sono depende grandemente do hábito*³⁴⁷ - Os hábitos de sono adquiridos na infância são importantes, não só por permitirem que a criança durma bem, em quantidade e qualidade, mas também porque são o fundamento daqueles que a acompanharão ao longo da vida. Como escreve o médico António Correia: “Os hábitos da vida adulta são adquiridos na primeira infância e esta aquisição nunca será difícil se houver a necessária paciência e perseverança”³⁴⁸.

As regras que permitem que a criança adquira bons hábitos de sono devem começar a ser aplicadas assim que o bebé nasce. As mães são, assim, aconselhadas a deixar o seu bebé no berço durante todo o dia, pois “a necessidade do recém-nascido quanto a dormir é muito grande”³⁴⁹, só o devendo retirar para o alimentar ou para proceder à sua higiene: “Durante as primeiras semanas não é fácil controlar as horas de sono e a criança deverá ser deixada sossegadamente na sua cama e só incomodada para o banho, alimentação e mudança de vestuário”³⁵⁰.

Um comportamento criticado, neste contexto, é o hábito de tirar o bebé da cama para o exhibir perante as visitas: “Depois de ter sido posto no berço para o sono, não se deve absolutamente tirá-lo de lá para o mostrar às visitas”³⁵¹.

A criança deve ainda aprender, desde cedo, a adormecer sozinha e na sua própria cama, razão pela qual não é aconselhado embalar a criança ao colo até adormecer: “É

346 Morais, M. P. T. (1949, Junho). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

347 Noel, M. B. (1949, Março). Quantas horas deve dormir o bebé? *Saúde e Lar*, 18-19.

348 Correia, A. (1957, Julho). O sono. *Os Nossos Filhos*, 8.

349 Vasco, G. (1947, Março). O sono do bebé. *Os Nossos Filhos*, 11.

350 *Ibid.*

351 Noel, M. B. (1949, Março). Quantas horas deve dormir o bebé? *Saúde e Lar*, 18-19.

mau hábito adormecer as crianças ao colo. Devem deitar-se na sua cama ou berço”³⁵², assim como a prática de colocar a criança na cama dos pais, apontada como um dos principais erros cometidos pelas mães: “Após o nascimento da criança, a primeira falta que se comete, é de colocá-la na mesma cama que a mãe”³⁵³.

A partilha da cama com os pais poderá estar na origem de perturbações no desenvolvimento físico: “Afirmam os pediatras que as crianças que dormem acompanhadas, em particular com pessoas adultas, são bastante prejudicadas no seu desenvolvimento físico”³⁵⁴, constituindo não só uma ameaça à sua integridade física, uma vez que as mães podem esmagá-las ou sufocá-las, mas também à sua saúde: “Existe ainda o perigo da mãe contrair ou ser portadora de infecção genital, ou qualquer outra, podendo assim facilmente contagiar o menino”³⁵⁵.

No que diz respeito às crianças mais velhas, o principal problema das mães parece ser a resistência, por parte da criança, em ir para a cama:

Quase todas as crianças fogem o mais possível de ir para a cama, e quando se vão deitar, não cessam de importunar a mãe ou os que ficam a pé, pedindo de beber; um lenço; um doce, mil coisas, só para não estar na cama.³⁵⁶

Uma das estratégias apontadas para a sua resolução é a determinação de uma hora certa para dormir, que só deve ser quebrada em situações muito especiais, que os pais sensatos saberão reconhecer: “Evidentemente, os pais inteligentes farão por vezes uma excepção a estas regras, para bem da criança e de si próprios”³⁵⁷. As mães são ainda aconselhadas a deitar os seus filhos cedo, como estratégia para a aquisição de adequados hábitos de sono: “Habitue os seus filhos a deitar e a levantar cedo. A luz do sol beneficia-os tanto, quanto os prejudica a luz artificial”³⁵⁸.

Para além de se deitar sempre à mesma hora é realçada a necessidade de existir

352 Noel, M. B. (1949, Março). Quantas horas deve dormir o bebé? *Saúde e Lar*, 18-19.

353 Vasco, G. B. (1945, Maio). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 4-5.

354 Cabral, G. (1956, Outubro). Aprenda comigo. *Saúde e Lar*, 6-7.

355 Vasco, G. B. (1945, Maio). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 4-5.

356 Anónimo (1948, Novembro). A importância do sono para as crianças. *Saúde e Lar*, 4-5.

357 Schweisheimer, W. (1945, Janeiro). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 14-15.

358 Anónimo (1949, Abril). Oiça mãezinha. *Os Nossos Filhos*, 12.

uma rotina associada à hora de deitar, como aquela que, a título de exemplo, a seguir transcrevemos:

lavar os dentes, as mãozinhas, a cara; fazer as suas despedidas e, finalmente, deitar-se. Num lar cristão, as crianças deveriam fazer uma pequena oração. Já deitadas, pode a mãe contar-lhes qualquer historiazinha inofensiva, sem o mínimo de fantástico, de medo, - coisa tão horrível e criminosa para as criancinhas. Apaga-se a luz e a criança não tarda a dormir.³⁵⁹

É ainda referido o facto de o tempo que precede a hora de deitar dever ser passado em actividades calmas e do agrado da criança: “A ida das crianças para a cama deve ser precedida daquilo que elas apreciam, nomeadamente, dos seus livros de bonecos e dos seus brinquedos, dando-lhes ensejo de se divertirem, pela última vez, com eles”³⁶⁰. Assim, são de evitar os jogos excitantes, as histórias violentas, “as zangas e os ralhos”³⁶¹, assim como os castigos: “se as crianças tiverem de ser castigadas, por qualquer motivo, que nunca seja à hora de deitar, pois neste momento devem ter o espírito calmo”³⁶². Em suma:

O tempo destinado ao repouso, assim como o das refeições, deve ser o mais agradável possível, principalmente, para as crianças. Se uma mãe aprecia a sua paz de espírito e deseja que os filhos durmam sossegados, deve dispô-los bem, antes de se irem deitar.³⁶³

As mães são ainda alertadas para a possibilidade de existência de terrores nocturnos, que se consideram fazer parte do desenvolvimento normal de qualquer criança - “Os terrores que ocorrem durante o sono são uma perturbação desagradável em algumas crianças, mas não necessariamente um motivo de alarme”³⁶⁴ - sendo aconselhadas sobre como devem proceder nessa situação: “A mãe deve primeiramente

359 Anónimo (1948, Novembro). A importância do sono para as crianças. *Saúde e Lar*, 4-5.

360 *Ibid*

361 Schweisheimer, W. (1945, Janeiro). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 14-15.

362 Anónimo (1948, Novembro). A importância do sono para as crianças. *Saúde e Lar*, 4-5.

363 Anónimo (1953, Maio)... e Lar. *Saúde e Lar*, 17.

364 Schweisheimer, W. (1945, Janeiro). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 14-15.

tentar acalmá-la, acender a luz, responder às perguntas ocasionadas pelo medo, sem ridicularizá-la ou reprová-la”³⁶⁵.

A garantia da saúde da criança, deve ser, tal como anteriormente referido, um dos principais objectivos das mães que através de uma alimentação cuidada, dos cuidados de higiene e da satisfação da necessidade de repouso asseguram não só a sua sobrevivência, mas também que esta se faz nas melhores condições possíveis.

Embora essenciais, estes elementos, por si só, não garantem a ausência de doença ou de um acidente que possa provocar danos, de maior ou menor gravidade, na criança. Por este motivo, as mães devem conhecer formas específicas de prevenir as doenças que mais afectam as crianças, assim como de garantir a sua integridade física.

III.2.2.4. Saúde e doenças

A saúde das crianças é um tema privilegiado pelos autores, sendo frequentemente abordado nas revistas analisadas. No que diz respeito às mães, a sua preocupação é visível nas cartas que escrevem, solicitando informação acerca do que fazer em caso de doença: “O meu pequenino sofre um pouco de prisão de ventre e o médico mandou-me dar-lhe água de ameixas, mas eu não sei prepará-la; peço-lhe que me ensine”³⁶⁶; ou, ainda, quando a criança sofre um acidente:

Vivo numa quinta isolada, e preocupa-me não saber nada de enfermagem, pois o meu filho pode, de um momento para o outro, precisar de socorros de urgência e eu não lho sei prestar; diga-me o que hei-de fazer se alguma vez o pequeno cair e me aparecer ferido.³⁶⁷

A preservação da saúde da criança, assim como o seu tratamento, é uma das funções atribuídas às mulheres. Ou seja, é sobretudo às mães, em estreita colaboração

365 Schweisheimer, W. (1945, Janeiro). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 14-15.

366 Anónimo (1950, Outubro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

367 Anónimo (1947, Março). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 24.

com os médicos, que é atribuída a responsabilidade de proteger os filhos “contra a doença e os acidentes”³⁶⁸, preservando assim o seu bem-estar e, mais do que isso, contribuindo para a preparação de um geração mais robusta e vigorosa.

Um dos aspectos essenciais deste combate é a prevenção, elemento essencial da medicina moderna: “o tratamento médico procura: primeiro, prevenir; segundo, eliminar a causa; e, como último recurso, tratar dos sintomas”³⁶⁹.

A saúde e a sobrevivência da criança dependem, acima de tudo, dos cuidados prestados quotidianamente pelas mães, o que transforma a sua educação num elemento essencial na garantia do bem-estar do filho. Como explica a médica Raquel Guerreiro:

A mortalidade infantil, tão extraordinariamente elevada, entre nós, diminuiria no dia em que as mães o deixem de ser apenas, porque em si se gerou uma vida, mas também porque conscientemente sabem cuidar dessa Vida, vigiando-a e protegendo-a contra tantos factores que a podem pôr em perigo.³⁷⁰

Os autores têm, assim, a preocupação de esclarecer as mães, divulgando informação acerca das principais doenças e perturbações que podem afectar os seus filhos, indicando as suas causas e os seus sintomas, dando, porém, especial saliência aos aspectos relacionados com a sua prevenção.

*Evitar prescindir de tratar*³⁷¹ - Criar crianças saudáveis, fortes e robustas é um objectivo comum às mães e aos autores que escrevem nos periódicos analisados: “Completa saúde para os nossos filhos – eis o alvo de cada um de nós”³⁷². Uma das principais medidas a tomar, no sentido de assegurar que este objectivo é cumprido, é o seguimento pela mãe de um conjunto de princípios higiénicos, que passaremos a apresentar, e cujo papel na prevenção da doença é fundamental:

O facto de «antigamente não terem tantos cuidados» e os meninos se criarem saudáveis, não deve influir na determinação das mães de hoje. É facto que não

368 Hoag, J. M. P. (1957, Janeiro). Crianças sadias. *Saúde e Lar*, 12-13.

369 Peterson, M. G. (1957, Maio). As convulsões infantis. *Saúde e Lar*, 17.

370 Vale, C. (1946, Abril). Algumas coisas que as mães devem saber. *Os Nossos Filhos*, 17.

371 Petersen, S. (1948, Novembro). Criminosos inconscientes. *Os Nossos Filhos*, 11.

372 Hoag, J. M. P. (1957, Janeiro). Crianças sadias. *Saúde e Lar*, 12-13.

se dispensavam aos meninos tantos cuidados higiénicos; é também certo que se criavam crianças fortes e saudáveis, mas é igualmente verdade que só os mais robustos resistiam e os que não conseguiram sobreviver foram facilmente esquecidos. Portanto a mãe deve ser intransigente em cuidados higiénicos, porque defende a vida do menino.³⁷³

Dada a importância da higiene, como elemento essencial na preservação da doença, para além dos cuidados com a limpeza do corpo, anteriormente referidos, que devem fazer parte do quotidiano de qualquer criança, a mãe deve ainda conhecer e aplicar um conjunto de princípios de higiene infantil de forma a assegurar o bem-estar do seu filho.

Dos princípios gerais que se julga que todas as mães devem conhecer, fazem parte cuidados como: evitar o contacto com pessoas doentes; não levar as crianças para sítios com muita gente; não deixar que a criança leve à boca objectos onde agarrou com as mãos sujas: “Nunca se deixe as crianças levarem à boca os objectos que as suas mãozitas agarram, pois o mais certo é estarem cheios de micróbios”³⁷⁴; não permitir que a criança ande descalça fora de casa; ensinar à criança medidas básicas de higiene, tais como lavar as mãos regularmente, a só beber água pelo seu próprio corpo e a só comer pelo seu talher, ou a nunca utilizar um lenço que não seja o seu.

Para além destes aspectos mais gerais surgem também questões específicas, como o beijo, a utilização da chupeta ou o contacto com moscas e mosquitos, cujo contributo para a disseminação das doenças infecto-contagiosas é enfatizado.

*Mãe! Não consinta que beijem os seus filhos*³⁷⁵ - A referência ao beijo como potencial transmissor de doenças e, conseqüentemente, à necessidade de lutar contra esse hábito, é um tema recorrente neste período.

Apesar de se considerar que “não é fácil evitar que as pessoas ignorantes beijem os nossos pequenitos”³⁷⁶, o facto de se entender que este é um meio de disseminação de

373 Vasco, G. B. (1945, Maio). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 4-5.

374 Anónimo (1947, Janeiro). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 13.

375 *Ibid.*

376 Anónimo (1955, Setembro). Boa atitude na criança pequena. *Os Nossos Filhos*, 8-9.

doenças infecto-contagiosas, tais como “a tuberculose, a sífilis, o sarampo, a coqueluche, a difteria, a escarlatina”³⁷⁷, faz com que as mães sejam aconselhadas a defender as crianças desta prática corrente.

Assim, devem ensinar as crianças, a partir do momento em que têm capacidade para tal, a recusar beijos, estendendo a mão para cumprimentar os outros: “É muito mais correcto e sensato que os pais ensinem os filhos a estender a mão ou a curvar a cabeça, quando cumprimentam e retribuem as carícias que lhes dispensam”³⁷⁸. No que diz respeito às crianças mais pequenas, as mães são aconselhadas a colocar “nos babeiros, nos vestidos, nas fitas dos chapéus, esta pequena frase, bordada numa cor viva: ‘Não me beije!’”³⁷⁹.

Para além de não permitir que a criança seja beijada, a mãe deve ainda proibir a utilização da chupeta, considerada um veículo de transmissão de doenças.

*Quanto à chupeta, ela é o melhor transmissor de micróbios que se inventou para os bebés*³⁸⁰ - A utilização da chupeta é amplamente criticada por ser considerada “um veículo de germes que podem ocasionar infecções e outros transtornos”³⁸¹. Estendendo-se a sua utilização a todas as classes sociais, as mães que o fazem são alvo constante de crítica por, desta forma, não estarem a proteger devidamente a saúde da criança:

A chupeta é largamente usada entre nós. Usam-na os pobres e os ricos. Muita gente julga que é impossível criar meninos sem ela.

Tanta senhora escrupulosa que não consentirá que o seu filho ponha um bafeiro enxovalhado e consente que o seu menino meta no boca o chupeta que constantemente cai e que, mesmo que não vá ao chão, roça nos roupas onde, com as poeiras, caem os micróbios que logo aderem à chupeta humedecida - chupeta onde as moscas pousam todas as vezes que lhes apetece!³⁸²

377 Anónimo (1945, Julho). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 17.

378 Cabral, G. (1954, Outubro). Aprenda comigo. *Saúde e Lar*, 2-3.

379 Anónimo (1945, Julho). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 17.

380 Anónimo (1948, Janeiro). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

381 Vasco, G. B. (1945, Maio). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 4-5.

382 Vale, C. (1946, Abril). Algumas coisas que as mães devem saber. *Os Nossos Filhos*, 17.

Para além do beijo e da chupeta, as moscas e os mosquitos são também considerados responsáveis pela propagação de doenças infecto-contagiosas e, portanto, como perigos contra os quais as mães têm de proteger os filhos.

*É preciso defender o menino das moscas*³⁸³ - A desintéria, a entrite, a tuberculose, a cólera, as febres tifóide e paratífóide são algumas das doenças cuja disseminação se atribui às moscas e aos mosquitos. Dada a sua perigosidade para a saúde de qualquer um, mas especialmente para os mais novos, as mães têm a obrigação de “defender-se e à sua família, principalmente as criancinhas, desse perigoso e nojento inimigo”³⁸⁴. Para tal deve colocar-se uma rede na janela e proteger o berço: “Nas habitações, as janelas devem ser protegidas com redes fininhas, os berços e as camas das crianças com cortinas de tule”³⁸⁵, evitando que estes possam entrar em contacto com o bebé.

Outro aspecto considerado essencial para a preservação da saúde da criança é a sua exposição frequente ao sol e ar livre.

*A criança tem menos probabilidade de adoecer desde que seja criada num ambiente de bom ar, luz e sol*³⁸⁶ - Considerados “absolutamente indispensáveis à vida da criança”³⁸⁷, a exposição ao ar livre e ao sol devem fazer parte do seu quotidiano.

No que diz respeito à luz solar, esta é considerada fonte de saúde, já que contribui para a prevenção de doenças como raquitismo e a tuberculose que atingem, nos anos 50, um elevado número de crianças. É com este objectivo em mente que se recomenda a realização, para as crianças mais pequenas, de banhos de sol: “A criança de menos de dois anos precisa de apanhar directamente muito sol, mais ainda do que outras crianças de idade pré-escolar, porque é até aos dois anos que o perigo do raquitismo se torna mais iminente”³⁸⁸.

Contudo, estes não devem ser realizados de qualquer forma. Se o objectivo é que a exposição da criança ao sol seja benéfica e não prejudicial, as mães devem seguir um

383 Anónimo (1945, Maio). O menino dorme... *Os Nossos Filhos*, 15.

384 Anónimo (1946, Abril). Defenda as crianças das moscas. *Os Nossos Filhos*, 11.

385 *Ibid.*

386 Anónimo (1946, Fevereiro). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 14.

387 Anónimo (1946, Junho). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 11.

388 Lenroot, K. F. (1954, Outubro). Aprenda a alimentar os seus filhos: O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

conjunto de regras específicas, que os autores descrevem de uma forma minuciosa, como aquelas formuladas pela enfermeira Maria Palmira Tito de Moraes:

No primeiro dia: expõem-se ao sol somente os pés e pernas do bebé durante 5 minutos.

No segundo dia: pés, pernas, mãos e braços durante 5 minutos.

No terceiro dia: pés, pernas, mãos, braços e a parte da frente do corpo, isto é, o ventre e o peito durante 5 minutos.

No quarto dia: despe-se o bebé, deita-se de bruços e expõem-se as costas ao sol durante 5 minutos.

No quinto dia: expõe-se ao sol todo o corpo durante 10 minutos. Este tempo é aumentado para 15 minutos nos dias seguintes. Presentemente pensa-se que os banhos de sol para crianças na 1.^a infância não deve ir além de 15 minutos. Procedendo assim, evita-se o espectáculo doloroso de crianças e adultos nas praias com os ombros, braços e costas quase feridos, com queimaduras de sol que fazem sofrer ao menor contacto de qualquer peça de roupa ou dos lençóis, por mais finos que sejam.³⁸⁹

Para além dos banhos de sol, os passeios também devem fazer parte da vida quotidiana das mães e dos filhos. Estes permitem que a criança receba directamente a luz do sol e respire ar puro, elementos essenciais para a sua saúde. Justificada a sua importância, as mães são aconselhadas a organizar a sua vida de forma a proporcionar um passeio diário aos seus filhos – “disponha a sua vida de maneira a poder sair diariamente com o bebé durante duas a três horas”³⁹⁰ - levando-os a sítios “bonitos e saudáveis”³⁹¹.

Na impossibilidade de sair com a criança, a mãe deve deixá-la “tomar ar’ mesmo em casa, aproveitando o terraço, uma varanda, ou uma simples janela”³⁹², tendo o cuidado de a proteger das correntes de ar e das alterações súbitas da temperatura

389 Anónimo (1948, Setembro). Banhos de sol. *Os Nossos Filhos*, 13.

390 Anónimo (1946, Outubro). Ar puro. *Os Nossos Filhos*, 9.

391 Losa, I. (1948, Novembro). Devemos ou não levar as nossas crianças a toda a parte onde vamos? *Os Nossos Filhos*, 4-5.

392 Anónimo (1946, Outubro). Ar puro. *Os Nossos Filhos*, 9.

consideradas responsáveis por algumas doenças, tais como as bronquites ou as pneumonias.

Para além do contacto com o ar livre, a mãe deve ainda garantir a qualidade do ar que a criança respira dentro de casa. Para tal, deve arejar as divisões da casa onde a criança permanece, designadamente o seu quarto – “a ventilação do quarto onde a criança dorme é muito importante para a sua saúde”³⁹³ –, dado o papel que desempenha na prevenção das doenças infecto-contagiosas.

O cumprimento de todas estas medidas, embora de grande importância, não é suficiente para garantir a saúde da criança. Por este motivo, a mãe deve observar atentamente o desenvolvimento e o comportamento dos filhos, de forma a poder detectar precocemente qualquer problema: “Os filhos, leitora amiga, exigem-nos uma vigilância constante e há pequeninas coisas que não devem escapar ao cuidado atento de uma mãe que merece este nome”³⁹⁴.

*Se quer, de facto, defender os seus filhos da doença, tem de começar por saber observá-los*³⁹⁵ - Para vigiar adequadamente os seus filhos, é necessário que as mães saibam avaliar o seu estado de saúde. Com o objectivo de as auxiliar nesta tarefa, os autores vão descrever os sinais que devem procurar para certificar-se de que a criança é, de facto, saudável, como aqueles que, a título de exemplo, a seguir se transcrevem: “As crianças pré-escolares saudáveis, têm apetite às horas das refeições, têm mesmo fome. Dormem profundamente. Os intestinos funcionam normalmente, uma vez por dia. Respiram com a boca fechada. Os olhos, os ouvidos e o nariz não apresentam secreções anormais”³⁹⁶.

Para além da observação quotidiana do estado geral da criança, a monitorização regular do seu desenvolvimento físico é um aspecto ao qual as mães devem prestar especial atenção, e que deve ser realizada através da avaliação periódica da estatura e do peso da criança, e da consequente determinação do seu ritmo de desenvolvimento, forma mais frequente de vigilância do crescimento nos primeiros anos de vida da

393 Anónimo (1949, Novembro). Para que as crianças cresçam fortes. *Saúde e Lar*, 21.

394 Anónimo (1948, Março). O seu filho respira pela boca? *Os Nossos Filhos*, 11.

395 Anónimo (1950, Outubro). Proteja o seu filho da doença. *Os Nossos Filhos*, 11.

396 Anónimo (1949, Outubro). Coisas que é bom lembrar. *Os Nossos Filhos*, 11.

criança.

Esta é considerada uma tarefa materna, razão pela qual são indicados os procedimentos que a mãe deve seguir na sua realização. Em relação à pesagem, esta deve ser realizada semanalmente, “sempre no mesmo dia e à mesma hora, de preferência em jejum, e completamente despido”³⁹⁷.

No que se refere à medição, esta deve ser executada mensalmente, durante os primeiros meses, para passar, posteriormente, a ser efectuada trimestralmente, devendo a mãe proceder da seguinte forma:

estenda sobre uma mesa um cobertor e deite aí a criança descalça e nua ou com pouca roupa, tendo o cuidado de lhe colocar a cabeça a direito e não atirada para trás, e com as pernas estendidas. À falta de aparelho próprio, coloque verticalmente junto da cabeça e das plantas dos pés umas tábuas lisas ou livros grandes e encadernados, de modo a marcar exactamente a altura do menino, a qual se verifica com um metro ou fita métrica.

Tratando-se duma criança mais crescadinha pode medir-se numa parede, sempre no mesmo local; encosta-se bem à parede a cabeça, as costas, e os calcanhares unidos da criança, e assenta-se sobre a cabeça um lápis comprido, com o bico voltado para a parede, onde se marca a altura com um pequeno risco.³⁹⁸

A responsabilização das mães pela verificação e controlo das dimensões dos seus filhos está na origem da solicitação, às revistas analisadas, da publicação de tabelas de peso e de estatura: “O meu filho é bem proporcionado e tem saúde, mas acho-o extremamente pequeno, o que me causa grande desgosto. Peço que publique uma tabela de estatura”³⁹⁹. Estes pedidos traduzem ainda uma preocupação com o desenvolvimento ou, mais concretamente, com a *normalidade* face às crianças da mesma idade.

Apesar de publicarem as tabelas, os autores alertam para o facto de as crianças não serem todas iguais, possuindo, por esse motivo, diferentes padrões de

397 Anónimo (1950, Abril). O peso do bebé. *Os Nossos Filhos*, 11.

398 Anónimo (1948, Janeiro). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

399 Anónimo (1948, Janeiro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 11.

desenvolvimento. As mães são aconselhadas a não compararem os seus filhos com outras crianças da sua idade, no que respeita ao desenvolvimento físico, dado que a avaliação deverá ter como referencial o seu próprio ritmo de desenvolvimento:

A seguir publicamos a tabela que deseja, mas queremos dizer-lhe que os pesos indicados não têm que ser forçosamente seguidos por todas as crianças. Melhor regra para avaliar da saúde e desenvolvimento da criança é aquela que nos ensina que dos cinco aos seis meses a criança dobra aproximadamente o peso do nascimento; aos doze, triplica; e aos dois anos quadruplica o peso do nascimento.⁴⁰⁰

Apesar de todos estes cuidados serem essenciais para a preservação da saúde da criança, nada pode substituir a vigilância médica do seu desenvolvimento, razão pela qual as mães são aconselhadas a levar regularmente os filhos ao médico, mesmo quando estes aparentam estar bem de saúde: “Sobretudo, não esqueçam as mães que o conselho médico deve ser ouvido com frequência, pois só assim poderá ser ouvido ‘a tempo’, como é tão importante em inúmeras circunstâncias”⁴⁰¹.

*Oiça o seu médico, só ele a pode aconselhar com segurança*⁴⁰² - A consulta de rotina, com carácter preventivo da doença, é, neste período, uma prática recente a que muitas mães, sobretudo as dos meios mais desfavorecidos, parecem ainda não aderir, como testemunha Esmeraldo de Gouvêa, director do dispensário de Higiene Infantil do Funchal: “Quando uma criança nascia era visitada pelas nossas enfermeiras-visitadoras que aconselhavam a trazê-la ao Dispensário e, é claro, em geral as mães não compreendiam porque haviam de trazer o menino ao médico se ele não estava doente”⁴⁰³.

A falta de compreensão das mães, em relação à necessidade da vigilância médica da criança não parece ser contudo a única razão para não levarem os seus filhos periodicamente ao médico. Como afirma a enfermeira Maria Palmira Tito de Moraes:

400 Anónimo (1947, Setembro). Consultório: De alimentação e higiene infantil. *Os Nossos Filhos*, 25.

401 Anónimo (1949, Abril). Cuidados com os bebés. *Os Nossos Filhos*, 12.

402 Anónimo (1957, Março). Os vossos problemas: Correio dos pais. *Os Nossos Filhos*, 3.

403 D’Almada, B. F. (1951, Julho). O Dispensário de Higiene Infantil do Funchal. *Os Nossos Filhos*, 14-15.

“O problema da assistência médica imediata é bem difícil em Portugal”⁴⁰⁴.

A dificuldade de acesso aos cuidados médicos, para as mulheres que vivem em meio rural ou com menos poder económico é uma realidade nesta época. Tal é testemunhado pelas mães que escrevem para as revistas: “Vivo numa herdade, e só tenho Médico e farmácia a léguas de distância”⁴⁰⁵; “Vivo numa aldeia onde não há médico, por isso ainda não fiz observar o meu pequenino”⁴⁰⁶ - e também relatado pelos autores: “Eu sei que haverá quem, ao ler o que escrevi, pense dolorosamente na impossibilidade que têm, devido ao factor económico, de chamar o médico sempre que os filhos tenham sintomas de constipação”⁴⁰⁷.

Contudo, apesar da consciência desta dificuldade, a maioria dos autores critica esta prática, que apelida de negligência ou *desleixo*:

Não poderá deixar de se chamar desleixo quando é frequentíssimo a mãe dizer que só agora vem à consulta - meses volvidos depois da anterior - porque o seu filho tem estado bonzinho, não padecendo de coisa alguma, e só agora adoeceu; no entanto, a observação do doente vai revelar-nos ou um raquitismo acentuado, com deformações ósseas, ou uma distrofia intensa com perda de imunidades e conseqüente infecção, situações nunca alcançadas se existisse a indispensável regularidade na consulta.⁴⁰⁸

A importância da vigilância médica deve-se sobretudo ao facto de só o médico possuir os conhecimentos necessários quer para defender a criança em caso de doença, quer para a tratar adequadamente, e ainda para indicar às mães se estão a proceder correctamente ou, em caso de necessidade, para corrigir o seu comportamento. Por este motivo, as mães são aconselhadas a fazer observar os seus filhos periodicamente, a bem da saúde da criança:

levá-lo [ao bebé] com regularidade, sempre que isso for possível, ao médico ou

404 Morais, M. P. T. (1948, Maio). Doenças contagiosas. *Os Nossos Filhos*, 10.

405 Anónimo (1950, Outubro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 10.

406 Anónimo (1946, Dezembro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 24.

407 Morais, M. P. T. (1948, Maio). Doenças contagiosas. *Os Nossos Filhos*, 10.

408 Esteves, C. (1946, Setembro). O papel maléfico da vizinha. *Saúde e Lar*, 10.

a um centro de higiene infantil, cada vez mais espalhados pelo país, que, verificando o que se passa com a criança, pode dar à mãe a certeza de estar a agir bem ou aconselhar a tempo o que deve passar a fazer, ou evitar, para bem do ser que está criando e do qual é responsável perante si própria e até, quem sabe, perante o homem ou mulher que esse bebé será amanhã.⁴⁰⁹

Dada a sua importância, as mães devem preparar a criança, desde cedo, para o contacto com o médico, habituando-a à realização de alguns procedimentos quando estas não estão doentes – “Já aqui fizemos notar a vantagem que há em habituar a criança a deixar observar a garganta e tirar a temperatura quando está de saúde”⁴¹⁰ - e evitando comportamentos indutores deste medo, proferindo, por exemplo, afirmações como aquela que a seguir se transcreve: “Se o menino continua a mexer na cadeira, digo ao senhor doutor que lhe dê uma picada e o menino morre”⁴¹¹.

Contudo, o pediatra não é o único especialista a quem as mães devem recorrer. Para garantir um bom estado de saúde da criança devem ainda fazê-las observar regularmente por um dentista, pois só assim se poderá garantir a adequada protecção dos dentes de leite e, conseqüentemente, da dentição permanente:

Estas visitas devem ter início quando a criança completa dois anos e meio de idade. Daí por diante ela deve frequentar o dentista regularmente, no mínimo de seis em seis meses. Dessa forma poderá ser mantida em boas condições a dentição temporária, em cuja dependência estão os dentes permanentes.⁴¹²

Vulgarmente desprezados - “muitas mães não ligam importância aos dentes de leite de seus filhos – e fazem mal”⁴¹³ – as conseqüências do seu não tratamento vão para além das perturbações que causam na dentição permanente. Mais concretamente, ao tratar-se dos dentes de leite, está-se a evitar que a criança venha a sofrer de outras infecções, pois “o seu mau estado é uma porta de entrada para infecções graves”⁴¹⁴.

409 Dias, M. T. F. (1954, Dezembro). Atenção ao bebé. *Saúde e Lar*, 10-11.

410 Anónimo (1946, Junho). Ensine o seu filho a gargarejar. *Os Nossos Filhos*, 10.

411 Coelho, S. P. (1946, Janeiro). Já disse isto, Mãezinha? *Os Nossos Filhos*, 7.

412 D’Alvarez, M. (1950, Novembro). Exame periódico dos dentes. *Saúde e Lar*, 10-11.

413 Anónimo (1945, Janeiro). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 17.

414 Leal, J. B. (1948, Setembro). O valor dos dentes de leite. *Os Nossos Filhos*, 12-13.

A preocupação com a saúde oral das crianças não é, porém, apanágio dos autores que escrevem para as revistas analisadas. Esta é uma questão que também preocupa as mães, que escrevem solicitando informação sobre os cuidados que deverão ter para assegurar a saúde oral dos seus filhos: “Ficar-lhe-ei muito grata se me disser o que está na minha mão fazer para que os meus filhos venham a ter dentes bonitos, fortes e saudáveis”⁴¹⁵.

Para além de todos os cuidados anteriormente referidos, cuja difusão e generalização contribuiu, sem dúvida, para a diminuição da mortalidade infantil, assim como para a elevação dos níveis de bem-estar da criança, a vacinação constitui uma das armas mais poderosas no combate contra as doenças infantis e, conseqüentemente, na garantia da saúde da criança.

*Não se esqueça de vacinar o menino*⁴¹⁶ - Embora o primeiro Plano Nacional de Vacinação só tenha sido criado em 1965, surgem referências, neste período, às vacinas contra a varíola, única de carácter obrigatório, a difteria, a tuberculose e a tosse convulsa:

Da mesma maneira que entre nós passou a fazer parte da rotina a vacinação contra a varíola, na maioria dos países civilizados praticamente todas as crianças são vacinadas também contra a difteria, tosse convulsa e tétano, existindo combinadas numa só vacina os agentes activos contra as três afecções citadas em último lugar⁴¹⁷

A imunização é apresentada como a melhor arma contra estas doenças e as vacinas como uma droga miraculosa: “não devemos ignorar a maravilhosa propriedade destes soros que, injectados no corpo humano, produzem uma resistência ou imunidade à acção de tais invisíveis assassinos como seja a difteria, a varíola e a tosse convulsa”⁴¹⁸. Neste sentido, são várias as estratégias utilizadas com o objectivo de persuadir as mães da sua importância.

De entre estas, destacam-se a ênfase colocada nos benefícios desta prática e a

415 Anónimo (1950, Outubro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

416 Anónimo (1945, Abril). Sem título. *Os Nossos Filhos*, 16.

417 Faro, L. C. S. (1957, Janeiro). A prevenção das doenças na infância. *Saúde e Lar*, 4-5.

418 Smith, A. E. (1948, Julho). Protejamos as crianças contra assassinos invisíveis. *Saúde e Lar*, 6-7.

culpabilização das mães, que são responsabilizadas pela doença dos seus filhos, caso esta venha a ocorrer:

Alvitro, portanto, pais e mães, que se interessem por este programa de imunização em favor dos vossos filhos e de vós mesmos. A imunização livra-vos-á de sofrimentos e de gastar dinheiro, da mesma maneira que salvará a vida dos membros da vossa família. Com certeza que não querereis que alguém vos apontasse, com um dedo acusador, como tendo negligenciado o vosso dever, deixando morrer os vossos filhos.⁴¹⁹

Mesmo que todas as indicações que temos vindo a referir sejam rigorosamente cumpridas, a ausência total de doença é um estado impossível de alcançar. O conhecimento das principais doenças da infância, tais como a tuberculose, a amigdalite, a escarlatina, o sarampo, a tosse convulsa, a difteria, as gripes e as constipações, ou, mais especificamente, dos seus principais sintomas, assim como dos cuidados a prestar à criança doente, devem fazer parte integrante do saber de qualquer mãe.

Contudo, o principal responsável pelo tratamento da criança doente é o médico, pois só ele será capaz de identificar a doença de que a criança padece e, conseqüentemente, de indicar o tratamento adequado. O papel da mãe é, assim, de colaboradora privilegiada do médico, já que será ela que porá em prática as instruções por ele ditadas, motivo pelo qual é essencial que compreenda correctamente as prescrições médicas:

é sempre útil conhecer alguns termos técnicos correntes, para uma mais completa e consciente compreensão das prescrições médicas

Deste modo, têm a certeza de cumprir escrupulosamente o tratamento indicado pelo médico, sem perda de tempo a consultar à pressa qualquer compêndio ou a perguntar a outra pessoa o que é que tal palavra quer dizer⁴²⁰

É com este objectivo em mente que os autores divulgam alguns termos técnicos,

419 Smith, A. E. (1948, Julho). Protejamos as crianças contra assassinos invisíveis. *Saúde e Lar*, 6-7.

420 Rumina, B. (1995, Junho). A responsabilidade dos pais. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

que a mãe deve conhecer, como, por exemplo, aqueles divulgados pela médica Branca Rumina e entre os quais se incluem designações como “Analgésico - Que adormece a dor”; “Unção - Fricção numa parte do corpo, utilizando somente o índice da mão direita”, ou “Instilação - Acção de deitar, gota a gota, um líquido num sítio determinado (por exemplo, instila-se geralmente um colírio nos olhos)”⁴²¹.

Munidas das ferramentas necessárias, falta apenas saber como se deve tratar a criança doente e quais os cuidados gerais a ter na ausência do médico. Neste sentido, são diversas as indicações fornecidas pelos autores, compreendendo aspectos que vão desde o modo como deve proceder para administrar os medicamentos às qualidades que uma *mãezinha enfermeira*⁴²² deve possuir.

*Administração de medicamentos a crianças*⁴²³ - A administração de medicamentos às crianças nem sempre é tarefa fácil. Contudo, dada a importância da medicação no tratamento da criança, esta é uma questão que os autores vão procurar solucionar, indicando às mães várias estratégias para resolver este problema e facilitar a sua tarefa. De entre estas, a mais frequente é a a mistura dos comprimidos com alimentos – “podem-se partir os comprimidos em bocadinhos e enterrá-los numa banana ou num gomo de laranja de maneira que nem se vejam”⁴²⁴ – ou, no caso dos xaropes, com bebidas – “posso preparar junto com um refresco ou bebida a que a criança esteja já acostumada, por exemplo sumo de frutos ou cacau”⁴²⁵.

Outro aspecto realçado, no que diz respeito à medicação da criança doente, é o perigo que pode advir da utilização de alguns tratamentos populares, que as mães são aconselhadas a evitar: “Os remédios populares que tanto se anunciam devem ser evitados, por todos os meios; não somente por serem ineficazes, como também porque muitos deles são prejudiciais à saúde”⁴²⁶.

De entre os tratamentos desaconselhados, destaca-se a utilização de purgantes,

421 Rumina, B. (1995, Junho). A responsabilidade dos pais. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

422 Morais, M. P. T. (1949, Outubro). A *mãezinha enfermeira*: Socorros de urgência - A hemorragia nasal. *Os Nossos Filhos*, 12.

423 Rosa, M. I. M. (1951, Janeiro). Administração de medicamentos a crianças. *Os Nossos Filhos*, 5, 4.

424 *Ibid.*

425 *Ibid.*

426 Campana, A. (1948, Janeiro). Doenças mais comuns na infância: A constipação nas crianças. *Saúde e Lar*, 4-5.

amplamente referida, o que nos leva a pensar que esta constitui uma prática relativamente frequente. Utilizados, na maioria dos casos por indicação de comadres e vizinhas, este é um costume criticado pelos autores devido às complicações que pode provocar. Como explica o médico Gilberto Vasco:

nunca se deve purgar um menino pequenino, porque o seu intestino é muito delicado, e a aplicação de qualquer purgante ocasiona, na maioria dos casos, grave irritação, da qual pode resultar uma inflamação - a colite -, de tratamento difícil, quando o resultado não é fatal. De uma maneira geral, estes meninos ficam sofrendo dos intestinos, e ao menor desvio alimentar, adoecem.⁴²⁷

Contudo, o tratamento adequado das crianças não envolve só a sua alimentação, nem a administração de medicamento. Tão importante como estes aspectos, são as atitudes e os comportamentos da mãe em relação à criança doente.

O afecto é um elemento essencial do processo de tratamento da criança, tão fundamental para a sua cura como os medicamentos: “enquanto está doente, o bebé precisa tanto de ternura como de medicamentos”⁴²⁸. Deve-se ainda manter a criança distraída e entretida, evitando assim que se aborreça - “quando uma criança adoecer devemos distraí-la e entretê-la contando-lhe histórias, lendo-lhe livros apropriados à sua idade, fazendo-lhe ouvir trechos de música suave”⁴²⁹.

Para além de serem informadas sobre o tipo de doenças que podem afectar os seus filhos, as mães são ainda prevenidas acerca da importância do seu total restabelecimento, o que será conseguido através do respeito por um conjunto de cuidados que se devem prolongar para além do período da doença propriamente dito, ou seja, que devem abranger a etapa da convalescença, devido ao perigo das recaídas.

A atenção concedida ao período da convalescença deve-se sobretudo à preocupação com as complicações que podem advir, mesmo das doenças mais comuns e benignas como, por exemplo, a constipação: “As doenças contagiosas vulgares são

427 Vasco, G. B. (1945, Maio). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 4-5.

428 Morais, M. P. T. (1950, Outubro). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

429 Cabral, G. (1948, Julho). V. Ex^a já sabe que... se já sabia, não é demais repeti-lo!... *Saúde e Lar*, 20.

comuns, mas o seu perigo real consiste nas complicações. Encontra-se no topo da lista a constipação⁴³⁰. Assim, as mães são aconselhadas a ter, durante este período, cuidados acrescidos com a criança, mantendo-a em casa e dedicando-lhe uma especial atenção.

Para além da preservação da saúde da criança e do seu tratamento quando está doente, a mãe é ainda responsabilizada pela garantia da sua integridade física, ameaçada, sobretudo, pelos acidentes.

III.2.2.5. Segurança infantil

Para além das doenças, os principais perigos que parecem ameaçar as crianças pequenas são os acidentes, tais como os afogamentos nos poços: “Todos os dias os jornais noticiam a morte de crianças afogadas em poços. É verdadeiramente aflitiva a percentagem de desastres desta natureza⁴³¹”; as intoxicações; a asfixia, essencialmente pela ingestão de objectos pequenos; as queimaduras; e aqueles que são causados por animais.

Estes acidentes são atribuídos, na maioria dos casos, à imprevidência das mães, embora, a inexistência de instituições apropriadas para o acolhimento das crianças em idade pré-escolar, filhos de mães trabalhadoras, que ficam abandonadas ou entregues a quem não tem condições, nem competência, para deles tomar conta, seja também invocada como um factor responsável por este tipo de ocorrências e, conseqüentemente como justificação para a necessidade da sua criação: “Há horas trágicas, há desastres inevitáveis. Há mães que não têm a quem confiar os filhos. Mas há também muita incúria, muita inconsciência, muita falta de preparação⁴³²”.

É precisamente este desleixo das mães que os autores vão tentar combater, descrevendo os principais riscos que correm os seus filhos e indicando-lhes,

430 Hoag, J. M. P. (1957, Janeiro). Crianças saudáveis. *Saúde e Lar*, 12-13.

431 Anónimo (1948, Março). Desastres em poços. *Os Nossos Filhos*, 15.

432 V. A. (1953, Novembro). Como brincam as crianças portuguesas? Quem as acompanha nas suas brincadeiras? *Os Nossos Filhos*, 3.

simultaneamente, as medidas preventivas que devem adoptar para garantir a sua segurança.

*Por amor de Deus, não o abandone. Seja previdente, vigilante e atenta*⁴³³ - Naturalmente curiosas as crianças necessitam, acima de tudo, de ser vigiadas. Assim, não devem ser deixadas sozinhas e, quando em casa, devem estar sempre sob o olhar vigilante de um adulto.

Contudo, a vigilância, embora essencial, muitas vezes não é suficiente, por si só, para evitar os acidentes. Por este motivo, é indicado um conjunto de medidas adicionais que as mães devem seguir com o intuito proteger as crianças: “Nos desastres verificados em casa é possível, mediante uma orientação conveniente dos pais ou responsáveis, obter, chamemos-lhe assim, uma ‘imunização’”⁴³⁴.

De entre os acidentes domésticos que são objecto de particular atenção, destacam-se a ingestão de produtos tóxicos, assim como a de objectos perigosos, e as queimaduras. No que diz respeito ao envenenamento, este é um tipo de acidente que as mães podem facilmente prevenir, bastando para tal impedir que as crianças tenham acesso a produtos tóxicos, tais como os detergentes ou os medicamentos: “Remédios ou substâncias tóxicas, devem ser guardados em lugar próprio, fechadas à chave, e nunca na dispensa, na cozinha, ou sala de jantar”⁴³⁵.

As mães devem também ter o cuidado de não deixar ao alcance da criança objectos que lhe possam provocar qualquer dano, já que “para as crianças, a morte encontra-se muitas vezes emboscada em objectos aparentemente inofensivos”⁴³⁶. Entre estes objectos destacam-se aqueles que, pela sua perigosidade, a podem magoar, como é o caso dos objectos cortantes: “cuidado com objectos cortantes deixados ao alcance de crianças - tesouras, canivetes, aparos, fundas, flechas, etc. São causa de muitos dos desastres graves ocorridos em olhos de crianças”⁴³⁷; ou que, pelo seu tamanho, podem

433 V. A. (1953, Novembro). Como brincam as crianças portuguesas? Quem as acompanha nas suas brincadeiras? *Os Nossos Filhos*, 3.

434 Faro, L. C. S. (1957, Janeiro). A prevenção das doenças na infância. *Saúde e Lar*, 4-5.

435 Anónimo (1958, Agosto). Oiça mãezinha: Pequenos desleixos podem causar grandes desgraças. *Os Nossos Filhos*, 27.

436 Anónimo (1949, Junho). Atenção: Perigo de morte! *Os Nossos Filhos*, 5.

437 Rumina, B. (1947, Janeiro). Higiene geral dos olhos. *Os Nossos Filhos*, 13.

ser facilmente ingeridos pela criança: “as criancinhas instintivamente levam à boca tudo o que lhes chega ao alcance e é muito fácil engolir um objecto relativamente pequeno”⁴³⁸ - capazes de causar a morte por asfixia, no caso de serem ingeridos.

A ingestão de substância tóxicas ou o contacto com objectos perigosos não são as únicas causas de acidente a que a criança está sujeita dentro da sua casa. As queimaduras, resultado de “acidentes com origem no lume ou em líquidos a ferver e de consequências fatais”⁴³⁹, são também alvo de atenção por parte dos autores, devido à sua elevada frequência:

Numa estatística organizada por uma companhia de seguros, verificou-se que em 100 casos mortais de queimaduras em crianças com menos de cinco anos, mais de metade eram devido à mãe ter deixado panelas ou cafeteiras em cima do lume mas de modo que a criança podia mexer no recipiente⁴⁴⁰

As mães devem ser assim extremamente cautelosas, colocando as panelas no fogão com as pegas voltadas para dentro, já que “um simples movimento, empurrando as asas de todas as panelas e cafeteiras para dentro do fogão”⁴⁴¹ pode evitar o desastre e, nalguns casos, salvar a vida da criança.

*Tenha cuidado com os animais*⁴⁴² - Os animais podem ser também uma das causas de alguns dos acidentes que sofrem as crianças, designadamente os animais domésticos como, por exemplo, os suínos:

Numa dependência da casa de habitação de António Simões, desta freguesia, estava deitado no seu berço um menino de dois meses. A porta da rua estava aberta e, a certa altura, um suíno entrou, dirigindo-se ao berço e, afocinhando, mordeu no rosto da pobre criança. Os ferimentos foram tão graves que, horas depois, veio a falecer.⁴⁴³

438 Gauld, J. (1950, Maio). O bebé engoliu um alfinete. *Saúde e Lar*, 8.

439 Anónimo (1951, Janeiro). Perigo de morte. *Os Nossos Filhos*, 6.

440 *Ibid.*

441 *Ibid.*

442 Anónimo (1947, Janeiro). Esperando o mundo que há-de vir. *Saúde e Lar*, 10-11.

443 V. A. (1953, Novembro). Como brincam as crianças portuguesas? Quem as acompanha nas suas

As mães são assim aconselhadas a ter um especial cuidado com os berços dos lactentes, pois “os animais, sem saberem o que fazem, podem deitar-se sobre o peito das criancinhas e asfixiá-las”⁴⁴⁴ e não as deixar sozinhas com os animais: “Sobretudo enquanto as crianças não tiverem tino, não as deixe sozinhas com os animais, por muito mansos que eles sejam”⁴⁴⁵.

Em suma, e no que diz respeito à saúde e à integridade física, a palavra de ordem é prevenir. Contudo, por mais que as mães se esforcem, a doença e os acidentes fazem parte da vida de qualquer criança, razão pela qual elas deverão estar também preparadas para, nessa eventualidade, as tratar.

Assim, devem assegurar-se de que têm em casa o material necessário para socorrer a criança, ou seja, aquilo que é habitualmente designado de *farmácia caseira*⁴⁴⁶. Esta deve ser colocada num local onde as crianças não tenham acesso – “um pequeno armário no quarto de banho, fechado à chave por causa das crianças, é o ideal”⁴⁴⁷ – e nela deverão constar material para a prestação de primeiros socorros, tais como ligaduras ou produtos desinfectantes.

Para além de organizar a farmácia, a mãe deve, ela própria, estar convenientemente informada, para saber como agir perante uma situação concreta. Neste sentido, os autores vão indicar às mães como proceder em caso de ferimentos - estancar a hemorragia e proceder à desinfeção da ferida; queimaduras - proteger do contacto com o ar e envenenamento – “provocar o vômito rápido”⁴⁴⁸ e “levar logo a criança ao hospital”⁴⁴⁹.

A preocupação com o desenvolvimento físico e a saúde da criança, de que temos vindo a tratar, deve ser acompanhada, por parte da mãe, designadamente a partir dos 2/3 anos, com uma maior atenção ao seu desenvolvimento psicológico: “O menino cresceu. Até aqui, foi preciso cuidar com desvelo e carinho das suas mamadas e do seu repouso.

brincadeiras? *Os Nossos Filhos*, 3.

444 Anónimo (1947, Janeiro). Esperando o mundo que há-de vir. *Saúde e Lar*, 10-11.

445 Anónimo (1946, Junho). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 11.

446 Anónimo (1950, Agosto). A farmácia caseira. *Os Nossos Filhos*, 10.

447 *Ibid.*

448 Anónimo (1957, Março). Os vossos problemas: Correio dos pais. *Os Nossos Filhos*, 3.

449 *Ibid.*

Agora, sem descuidar a sua vida fisiológica, é preciso estar alerta e seguir inteligentemente a sua evolução psíquica”⁴⁵⁰.

Este seguimento da evolução psicológica da criança é essencial para a promoção do seu desenvolvimento mental, ou seja, para a sua educação, pela qual a mãe, tal como já havia sido em relação aos cuidados com o corpo, é responsabilizada:

Em mãos dum educador inteligente e dedicado uma criança pode apresentar-se aos cinco anos de idade com desenvolvimento mental equivalente ao de outra com dois ou três anos mais, cuja educação nessa primeira idade tenha sido descuidada. É evidente que as pessoas mais aptas para esse serviço de educadoras, se exceptuarmos alguns indivíduos, homens ou mulheres, providas de dotes especiais, são as próprias mães das crianças.⁴⁵¹

III.2.3. Educar

Apesar de ser um trabalho a longo prazo, a educação das crianças exige maior atenção nos primeiros anos de vida, idade em que “tudo é aprendizagem e modelação”⁴⁵² e, conseqüentemente, se prepara o seu futuro. Como escreve a professora Maria Luísa Manso, citando Montessori: “Tocar na criança, é tocar no ponto mais delicado e vital, onde tudo se pode decidir e renovar, onde tudo está pletórico de vida em que se encontram encerrados os segredos da alma, porque aí se elabora a criação do homem”⁴⁵³.

Sensível e permeável à influência dos adultos que a rodeiam, é nesta fase que se “lançam os fundamentos da formação da personalidade”⁴⁵⁴ e se desenvolve a inteligência, motivos pelos quais a educação nestas idades assume especial importância.

450 Anónimo (1945, Março). Casa de pais... *Os Nossos Filhos*, 7.

451 Mira, F. (1945, Maio). Educar e instruir. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

452 Dias, M. T. F. (1952, Julho). Como tratar bem um bebé. *Saúde e Lar*, 4-6.

453 Manso, M. L. (1946, Agosto). A educação musical da criança. *Os Nossos Filhos*, 16.

454 SNES (1954, Junho). Como nasce o egoísmo. *Saúde e Lar*, 16.

Esta é também a fase da vida em que a influência exercida pela família e, mais especificamente pelas mães, é mais determinante. Como explica a professora Maria de Jesus Mendes, nestas idades, “é inegável a influência profunda do meio familiar na formação do indivíduo, tanto sob o aspecto físico como intelectual e moral”⁴⁵⁵.

Mais concretamente, a percepção dos anos que antecedem a entrada na escola como fundamentais para a vida futura da criança conduz a uma preocupação com a forma como estas, numa idade em que se encontram tão vulneráveis à acção do meio e daqueles que as rodeiam, são educadas, preocupação agravada pela constatação da falta de preparação das mães para essa tarefa: “Mas ainda há muito que aperfeiçoar, sobretudo junto de certas pessoas que teimam em usar processos que, ao contrário do que irreflectidamente pensam, deseducam em vez de educar”⁴⁵⁶.

Preocupados com as consequências, presentes e futuras, da falta de educação das crianças, os autores vão orientar as mães, para que estas saibam como proceder diariamente com os seus filhos e, assim, educá-los da melhor forma possível.

Um esforço no sentido da alteração dos comportamentos incorrectos e no desenvolvimento de um conjunto de características, enfatizadas constantemente pelos autores, tais como a paciência, a disponibilidade, a serenidade e o auto-controlo, será um factor importante para levar a bom termo a acção educativa que se pretende que exerçam junto dos seus filhos. Como afirma o médico António Correia:

«pela natureza foi dada a toda a mulher a possibilidade de ser mãe mas, para criar e educar os seus filhos convenientemente, só muito poucas foram favorecidas com as qualidades necessárias». É que, realmente, não há dúvida alguma que essa tarefa requer certos predicados de vária ordem, muitos conhecimentos e algum estudo...⁴⁵⁷

Acrescenta-se ainda a existência de um ambiente familiar adequado ao desenvolvimento da criança, assim como o conhecimento da psicologia infantil,

455 Mendes, M. J. M. (1953, Novembro). A criança no lar. *Os Nossos Filhos*, 6.

456 Morais, L. C. (1958, Agosto). A educação das crianças. *Os Nossos Filhos*, 11.

457 Correia, A. (1945, Novembro). O meu filho tem medo... *Saúde e Lar*, 16-17.

essencial para compreender e satisfazer as suas necessidades específicas:

«Começar pela criança» eis a máxima mais importante da obra educativa. Conhecer as suas necessidades espirituais e descer até ao mundo (para nós desconhecido) da criança é o primeiro passo para bem educar ajudando e estimulando o admirável esforço daquela para a compreensão das realidades da vida que ela desconhece e só a pouco e pouco se lhe irão revelando.⁴⁵⁸

III.2.3.1. Ambiente familiar

Para desenvolver ao máximo as suas potencialidades e formar a sua personalidade, objectivos últimos da educação, a criança necessita de viver num ambiente harmonioso, alegre e tranquilo, onde se sinta confiante e segura: “A criança tem de ser criada e educada num ambiente onde reine a alegria, tranquilidade e confiança, para bem se poder desenvolver física e intelectualmente”⁴⁵⁹.

Um dos elementos considerado essencial para o bom desenvolvimento da criança é a harmonia na relação conjugal. Dependente “exclusivamente do bom entendimento dos pais e, sobretudo, na ‘ausência de egoísmo’ destes, quando se trata de filhos”⁴⁶⁰, a harmonia deve ser preservada a todo o custo. Mais concretamente, as mães são aconselhadas a esconder das crianças os problemas que as afligem, assim como os desentendimentos conjugais de forma a evitar que a criança seja perturbada:

Casa onde há crianças, deveria ser sempre alegre, contente, ao menos na aparência, porque, por muito mal que se possa dizer das aparências, elas valem muito quando encobrem esquinas, picos e arestas que são o tormento e pena de toda a gente, sobretudo na família.⁴⁶¹

458 Mendes, M. J. M. (1945, Maio). A formação da personalidade. *Os Nossos Filhos*, 7.

459 Costa, O. N. (1947, Janeiro). Concurso dos erros educativos. *Os Nossos Filhos*, 21.

460 Anjos, M. S. (1947, Janeiro). Harmonia e alegria no lar. *Os Nossos Filhos*, 7.

461 Silva, S. (1946, Outubro). Casa melancólica. *Os Nossos Filhos*, 4.

Os conflitos entre marido e mulher são objecto de especial atenção por parte dos autores, sendo opinião consensual que não devem ter lugar em presença da criança, pelo impacto que poderão ter no seu desenvolvimento psicológico: “O menino que vive apoiado no amor e união de seus pais não pode ser feliz ante as suas desavenças e sofrerá as consequências inerentes que, por toda a sua vida, se irão reflectir no seu comportamento”⁴⁶².

*Sois livre para vos divorciardes à vontade, mas, por favor, não o façais!*⁴⁶³ - Outro aspecto abordado, no que diz respeito à relação conjugal, é o divórcio. Percepcionado como um acontecimento ameaçador para o bem-estar da criança e para a sua educação: “o esfacelamento do lar, como consequência do divórcio, acarreta igualmente as maiores perigos para a educação da prole”⁴⁶⁴, os *lares desfeitos*⁴⁶⁵ são considerados responsáveis por problemas de comportamento que os filhos apresentam, sendo por isso veemente condenados:

Falei-vos recentemente das crianças que são levadas às consultas médico-pedagógicas, da forma como são examinadas e do que se pode fazer em seu favor. O que não disse é que sessenta por cento dessas crianças têm pais desavindos, separados ou divorciados.⁴⁶⁶

Em suma, a felicidade e a harmonia no lar, independentemente de serem autênticas ou apenas aparentes, constituem elementos essenciais para o bem estar da criança, que a mãe deve assegurar, não só garantindo a harmonia na relação conjugal, mas também cultivando ela própria sentimentos felizes: “A mãe deve cultivar disposições alegres, satisfeitas e felizes. Cada esforço neste sentido será abundantemente recompensado pelo bem-estar físico e pelo carácter moral dos filhos”⁴⁶⁷.

A criação de um ambiente familiar propiciador ao bem-estar e ao

462 Vicente, C. (1958, Abril). Os conflitos familiares lançam o pânico e a insegurança na alma das crianças sensíveis. *Os Nossos Filhos*, 19.

463 Tièche, M. (1954, Fevereiro). O divórcio. *Saúde e Lar*, 14.

464 Deusdado, D. F. (1945, Janeiro). Uma conferência no Porto, sobre a acção moral e educativa no seio da família. *Os Nossos Filhos*, 14-15.

465 Bell, D. (1951, Setembro). A paciência é indispensável. *Os Nossos Filhos*, 6.

466 Tièche, M. (1954, Fevereiro). O divórcio. *Saúde e Lar*, 14.

467 Anónimo (1946, Fevereiro). Sem título. *Saúde e Lar*, 23.

desenvolvimento dos filhos não é porém o único requisito exigido às mães para bem educarem as crianças. O conhecimento das etapas do desenvolvimento infantil, assim como das competências da criança, que as mães muitas vezes desconhecem, constitui um requisito fundamental para a sua educação.

III.2.3.2. Conhecimento da criança

Essencial para uma melhor compreensão da criança, das suas necessidades em cada momento específico, o desconhecimento do processo *normal* de desenvolvimento da criança, dificulta a realização de uma acção educativa eficaz e correcta por parte das mães, prejudicando-se assim, não só as crianças, mas a sociedade em geral. Como explica o médico António Correia:

ainda não estão suficientemente divulgadas entre os pais aquelas necessidades elementares das crianças e desconhecem-se as características essenciais da vida infantil, os seus aspectos fundamentais, enfim, tudo aquilo de que necessariamente os pais deviam estar a par para ajudar as crianças a percorrer esse complexo e moroso caminho que só deve terminar pela formação de homens sãos do corpo e do espírito, perfeitamente aptos para a agitada e exigente vida moderna.

Há, pois, necessidade de procurar sair de tal situação, em benefício não só das crianças mas como dos pais e da sociedade em geral.⁴⁶⁸

Face a tal desconhecimento, a sua divulgação torna-se uma preocupação dos autores, que procuram contribuir para que a mãe conheça melhor os filhos, as suas necessidades e competências, de forma a assegurar a adequação da sua acção educativa ao nível em que a criança se encontra.

Surgem, assim, várias referências às diferentes etapas do desenvolvimento da criança, apresentadas segundo uma matriz cronológica, ou seja, associando a cada idade

468 Correia, A. (1947, Setembro). Brinquedos. *Saúde e Lar*, 18-19.

a aquisição de competências específicas:

1 MÊS

Com um mês o bebé dá atenção aos sons e olha fixamente para os objectos grandes ou em movimento.

3 MESES

Quando deitado de costas volta-se para os lados

Deitado sobre a barriga levanta a cabeça e o peito

Olha e sorri. Exprime sons de prazer.

Segue com o olhar um objecto em movimento e começa a inspeccionar o ambiente.

Descobre as mãos, observa-as e brinca com elas.

6 MESES

Senta-se amparado.

Estende as mãos para os objectos à vista e segura-os com as duas mãos.

Vocaliza algumas sílabas definidas, por ex.: «ta-ta-ta»; conhece os de casa e distingue os estranhos das pessoas da família.

9 MESES

Senta-se só. Começa a gatinhar.

Observa os brinquedos e brinca com eles.

Diz pa-pa-pa, ma-ma-ma, ba-ba-ba, etc...

Gosta de música e de ouvir falar as pessoas de família.

12 MESES

Anda com ajuda. Põe-se em pé sozinho apoiando-se aos móveis.

Diz duas ou mais palavras. Segura no copo para beber.⁴⁶⁹

Embora os autores salientem a especificidade do desenvolvimento de cada criança, a *normalidade* do desenvolvimento dos seus filhos parece ser uma questão que preocupa as mães:

469 Fundação Materno-Infantil de N. Sr.^a do Bom Sucesso (1953, Julho). Página de puericultura. *Os Nossos Filhos*, 5.

Tenho um filho com três anos que tem boa saúde, é muito esperto, mas que, na sua maneira de falar e nas exigências continua um perfeito bebê. Isto desgostame bastante, tanto mais que tenho um sobrinho da mesma idade, que se tornou mais desembaraçado e independente do que o meu filho. Como devo proceder?⁴⁷⁰

São várias as críticas às comparações, realizadas pelas mães, entre o desenvolvimento do seu filho e o das crianças que o rodeiam. Em vez de comparar a criança, as mães são incitadas a estudá-la, a observá-la diariamente, pois só desta forma poderão auxiliar o seu desenvolvimento. Como explica a enfermeira Madalena Taveira:

Os pais devem ser ensinados a nunca compararem o seu filho com outras crianças, mas sim, a estudá-lo para o poder guiar e ajudar a adaptar-se ao meio. Isto é: não devem ter uma ideia fixa sobre eles, mas antes acompanhá-los, considerando as suas personalidades diversas.⁴⁷¹

Em suma, embora existam características comuns, que os autores referem e descrevem, cada criança é encarada, no que diz respeito à educação, como um ser único, com um ritmo de desenvolvimento próprio, com uma personalidade especial que a distingue de todas as outras. A estas particularidades devem as mães estar atentas, de forma a poderem avaliar o nível de desenvolvimento do seu filho.

Observar o desenvolvimento das crianças constitui, assim, “a parte mais interessante e curiosa do estudo da criança”⁴⁷², sendo essencial para a compreensão quer das suas necessidades, quer do seu nível de desenvolvimento. Uma das necessidades mais prementes da criança é a de se movimentar, de se ocupar e, simultaneamente, de compreender o mundo que a rodeia. Esta necessidade vai ser satisfeita pela própria criança, de uma forma natural, através da actividade lúdica, considerada a ocupação natural da criança.

470 Anónimo (1958, Agosto). Crianças que permanecem bebês [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 3.

471 Taveira, M. (1953, Setembro). O papel da Enfermeira de Pediatria e a sua preparação. *Os Nossos Filhos*, 10.

472 Morais, M. P. T. (1946, Outubro). As “birras”. *Os Nossos Filhos*, 8.

III.2.3.3. *Actividade lúdica*

A actividade lúdica é considerada a ocupação natural da criança, garantia da sua felicidade presente e, simultaneamente, da sua adequada preparação para a vida adulta. Como explica a professora Maria Beatriz Branco: “ao mesmo tempo que brincam e são felizes, os pequeninos estão a exercitar-se para a vida”⁴⁷³.

Para além de facilitar a preparação para a vida adulta, desenvolvendo a inteligência e auxiliando na formação da personalidade, a actividade lúdica constitui, para as mães, uma excelente oportunidade para observar e estudar os seus filhos:

Observando as crianças quando jogam, podem descobrir-se muitos sinais reveladores das suas qualidades e dos seus defeitos, da sua inteligência e da sua vontade, podem obter-se informações sobre o seu estado de saúde física e moral, sobre as suas aptidões, etc...⁴⁷⁴

A brincadeira, sobretudo o jogo simbólico, possibilita ainda a auto-avaliação das mães, que vêem reproduzidos na criança os seus próprios comportamentos e podem assim avaliar a sua conduta e detectar comportamentos menos correctos: “Essa representação pode dar à mãe uma rápida percepção dos seus próprios métodos de disciplina”⁴⁷⁵.

São várias as formas de ocupação a que a criança espontaneamente se entrega, sendo realçados pelos autores as brincadeiras, o jogo e o desenho, como as manifestações da actividade natural da criança, que as mães devem não só respeitar, como estimular: “Os pais sábios deviam estimular a criança em idade pré-escolar a construir e a fazer coisas, desenhar e pintar, e brincar com as outras crianças”⁴⁷⁶.

*A brincadeira é o material de que é feita a vida da criança*⁴⁷⁷ - Brincar é a ocupação por excelência da criança, o seu ofício, uma necessidade natural que precisa

473 Branco, M. B. (1957, Outubro). A criança e a beleza. *Os Nossos Filhos*, 14.

474 Anónimo (1953, Maio). Psicologia infantil. *Os Nossos Filhos*, 7.

475 Anónimo (1957, Março). O que o brinquedo representa para a criança. *Os Nossos Filhos*, 8.

476 Anónimo (1951, Março). Quando deve a criança começar a ler? *Saúde e Lar*, 21.

477 Anónimo (1957, Março). O que o brinquedo representa para a criança. *Os Nossos Filhos*, 8.

de ser satisfeita. Como explica Irene Lisboa: “a criança brinca como come, ou anda, ou fala, ou dorme. Brincar é-lhe indispensável, é-lhe próprio e natural”⁴⁷⁸.

Essencial para a criança, o brincar proporciona a oportunidade de desenvolver a imaginação, a inteligência e as competências sociais: “A brincadeira dá alento à sua imaginação, desenvolve as suas aptidões tanto físicas como intelectuais; e proporciona-lhe também compreensão, cordialidade e simpatia para com outrem”⁴⁷⁹. Contribui ainda para o bem-estar, para a sua higiene mental, pois “alivia ressentimentos e dissipa a tristeza; abate a tensão e liberta os impulsos de auto-expressão”⁴⁸⁰.

Dada a sua importância, a brincadeira é um dos aspectos que deve merecer, da parte da mãe, especial atenção. Como explica o médico António Correia “de todos os aspectos da vida infantil, aquele que mais cuidados exige é o brincar”⁴⁸¹.

*Dê-se-lhes com que brincar: lugar, liberdade, material*⁴⁸²- O tempo que as crianças passam a brincar deve ser entendido pelas mães não como um tempo perdido, mas sim como um momento em que a criança, graças à sua actividade espontânea, realiza um conjunto importante de aprendizagens: “Todos os pais se devem convencer de que o tempo gasto pelos filhos a brincar e trabalhar à vontade, de iniciativa própria, não é perdido”⁴⁸³.

É assim frequentemente realçada, nos artigos sobre este tema, a necessidade de as mães respeitarem a actividade espontânea da criança, não a interrompendo nem contrariando a sua realização:

intervir constantemente, contrariando as tendências e impulsos, os movimentos naturais da criança, impedindo-os, sem que lhe conheçamos as razões determinantes e os fins que ela pretende conseguir, é desviar o rumo da sua inteligência, prejudicando, assim, bastante, a marcha normal do desenvolvimento das suas faculdades, de tudo o que no espírito infantil é apenas

478 Correia, A. (1947, Setembro). Brinquedos. *Saúde e Lar*, 18-19.

479 Anónimo (1957, Março). O que o brinquedo representa para a criança. *Os Nossos Filhos*, 8.

480 *Ibid.*

481 Correia, A. (1947, Setembro). Brinquedos. *Saúde e Lar*, 18-19.

482 Patrício, C. (1950, Agosto). Antes da escola primária. *Os Nossos Filhos*, 5.

483 Lisboa, I. (1954, Fevereiro). A brincadeira e os brinquedos. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

embrião e tenta tomar vulto e forma definida.⁴⁸⁴

Neste sentido deve ser disponibilizado à criança um espaço onde possa brincar livremente, de modo a não perturbar os adultos que, contudo, deverão estar disponíveis para eventuais solicitações da criança. Como explica o médico Ferreira de Mira:

Porque é mais velha e porque é mãe, esta tende a dirigir a criança tolhendo a sua expansão natural. Evidentemente não pode deixá-la brincar livremente numa sala, com risco de quebrar os «bibelôs» caros que tanto estima; mas as crianças não são personagens de sala. Têm, porém, uma casa de brinquedos, ou um canto próprio numa casa comum, ou um quintal ou, enfim, um recinto onde a criança possa mover-se a brincar sem causar prejuízos. Aí é conveniente que esta seja livre e que a mãe, ou quem a substitua, não intervenha senão na iminência de qualquer perigo ou na satisfação de desejos que a própria criança formule.⁴⁸⁵

O papel atribuído à mãe é, assim, o de organizadora do meio onde a criança brinca, fornecendo-lhe espaço e materiais, mas também a de vigilante atenta, vigilância que é exercida não só com o objectivo de assegurar a sua segurança, mas também, como já foi referido, de a conhecer melhor e, assim, exercer uma mais eficaz acção educativa. Como explica a educadora Virgínia Jardim Gomes:

se por um lado temos de dar toda a liberdade à criança, para que ela revele as suas tendências e os seus interesses, perante os quais a atitude do educador tem de ser passiva, por outro, preparar o ambiente próprio a esse desenvolvimento, favorecê-lo, estimulá-lo, aproveitar os períodos sensíveis, observando em que sentido se exercem, para dum modo discreto agir com a energia necessária.⁴⁸⁶

Um dos aspectos em que a mãe deve exercer essa acção discreta diz respeito à escolha dos brinquedos da criança. Desempenhando um papel central na educação da

484 Mendes, M. J. M. (1945, Maio). A formação da personalidade. *Os Nossos Filhos*, 7.

485 Mira, F. (1945, Maio). Educar e instruir. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

486 Gomes, V. J. (1946, Fevereiro). Breves considerações sobre a segunda infância. *Os Nossos Filhos*, 8.

criança, designadamente no desenvolvimento da imaginação - “o brinquedo é o constante pretexto para esse constante e maravilhoso trabalho que é a imaginação”⁴⁸⁷ - a sua escolha não deverá ser realizada ao acaso, ou seja, sem se reger por critérios concretos e específicos, que os autores vão ter a preocupação de divulgar. Como afirma o médico António Correia:

qualquer coisa que se faça no sentido de esclarecer os pais na aquisição de brinquedos para os seus filhos merece a maior atenção e compreensão da parte de todos os que desejam uma vida melhor para o mundo das crianças⁴⁸⁸

A mãe deve ter o cuidado de lhe proporcionar aqueles que melhor se adaptem “às exigências da sua actividade em cada período do seu desenvolvimento”⁴⁸⁹ e, simultaneamente, contribuam para a promoção da sua imaginação:

Todo o brinquedo, como ia dizendo, deve assumir, de perto ou de longe, um carácter formativo, educativo. Isto que significa? Que deve ajudar a criança a desenvolver-se dentro de umas normas racionais de evolução. Que a satisfaçam e que bem a inspirem! Pequenina, deve brincar com coisas afins com as suas necessidades, objectos que a ajudem a correr, a imitar os outros, a produzir sons, etc.; mais crescidinha, com objectos em que ponha a sua fantasia criadora, que ela transforme a seu gosto e que, até, ela própria conduza.⁴⁹⁰

Dois tipos brinquedos são alvo de crítica, os “bem acabados, perfeitíssimos”⁴⁹¹ e os bélicos: “Não há necessidade de oferecer às crianças brinquedos que lembrem maldade, destruição, morte, guerra!”⁴⁹².

No que diz respeito aos brinquedos *perfeitos* entende-se que, para além de na maior parte dos casos não serem do agrado da criança, que depressa deles se cansa, não desempenham uma das suas funções essenciais, o desenvolvimento da imaginação e da

487 Correia, A. (1947, Setembro). Brinquedos. *Saúde e Lar*, 18-19.

488 *Ibid.*

489 *Ibid.*

490 Lisboa, I. (1954, Fevereiro). A brincadeira e os brinquedos. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

491 Correia, A. (1947, Setembro). Brinquedos. *Saúde e Lar*, 18-19.

492 Anónimo (1949, Dezembro). Natal. *Os Nossos Filhos*, 3.

criatividade: “Ao comprar-se um brinquedo *perfeito*, isto é, um brinquedo que representa ponto por ponto o objecto da vida real (por exemplo um paquete ou uma locomotiva), foram esquecidos dois aspectos fundamentais do mundo infantil: a imaginação e a fantasia”⁴⁹³.

O melhor brinquedo é, assim, aquele que a própria criança produz, consistindo a tarefa da mãe em fornecer-lhe material e espaço para o fazer:

O brinquedo não precisa de requintes de arte nem de material. E, de todos o melhor brinquedo é aquele que a própria criança fabrica. Damos-lhe algumas coisas bonitas, pois sim, mas deixemos-lhe margem para ela compor outras à sua vontade e precisão. Demos-lhe material para isso; material de estragar, que lhe sobeje: trapos, linhas e agulhas, tesouras, barro, pregos, paus, pedras e martelos, papel e lápis, cola, etc.. E lugar para se mexer.⁴⁹⁴

No que se refere aos brinquedos bélicos acredita-se que desenvolverão na criança uma apetência para esse tipo de actividades sendo, por esse motivo, de evitar. Como afirma Irene Lisboa: “Os brinquedos de guerra são alarmantes. As guerras, mesmo de papel e de pedaços de chumbo, vincar-se-ão, quem sabe? nas pequenas mentes”⁴⁹⁵.

Para além de conhecer os critérios que devem presidir à escolha dos brinquedos, as mães devem ainda saber aproveitá-los para a educação das crianças, quer no que diz respeito ao desenvolvimento de novas competências, quer à sua educação moral. Neste sentido, são-lhes dadas instruções concretas de como devem proceder, como aquelas que, a título de exemplo, apresentamos:

Habituar a ter ordem e limpeza nos seus domínios e haveres. Habituar a ser generoso e emprestar os seus tesouros a outras crianças menos afortunadas. Habituar a suportar com magnanimidade desastres inevitáveis que avariam ou destroem os preciosos brinquedos: fazer boa cara à má fortuna. Habituar os pequenos a consertarem eles mesmos os seus brinquedos, e para esse efeito

493 Correia, A. (1947, Setembro). Brinquedos. *Saúde e Lar*, 18-19.

494 Patrício, C. (1950, Agosto). Antes da escola primária. *Os Nossos Filhos*, 5.

495 Lisboa, I. (1954, Fevereiro). A brincadeira e os brinquedos. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

procurar coisas simples que se prestem a esses exercícios de aptidão manual, exercícios muito educativos – desenvolvem a habilidade, a paciência, o hábito de contar consigo de se bastar (independência) e de sentir a alegria de resolver uma dificuldade – coisas em que a nossa escola é muito pobre. Saber tirar partido dos brinquedos não é ciência para desprezar.⁴⁹⁶

A garantia de um espaço e de um tempo, assim como de material adequado para brincar deixa de ser o suficiente para satisfazer as necessidades da criança que, a partir dos 3 anos, começa a ter necessidade de socializar com os seus pares. Assim, a partir desta idade a criança deve ter a possibilidade de brincar com outras crianças: “Crianças querem brincar com crianças e, quando assim não sucede, é porque nós fomos maus educadores”⁴⁹⁷.

*A criança de pouca idade deve aprender a entreter-se sozinha, mas também precisa de brincar parte do tempo com crianças da sua idade*⁴⁹⁸ - As mães devem proporcionar aos filhos, a partir dos 3 anos, o convívio regular com crianças da sua idade, para que comecem a integrar-se na sociedade de que fazem parte, para que aprendam a relacionar-se com os outros, começando assim a interiorizar as normas sociais, essenciais para uma boa integração.

Mais concretamente, as brincadeiras realizadas com os seus pares são uma ótima oportunidade para socialização das crianças, permitindo que “aprendam a ter cuidado umas com as outras e a ser condescendentes com as mais novas”⁴⁹⁹ contribuindo assim para a interiorização das regras de vida em sociedade.

A actividade lúdica, quer realizada isoladamente quer com os seus pares é assim considerada um elemento essencial e natural da vida da criança, tão natural que a sua ausência deve constituir causa de preocupação para as mães. Como explica Emile Planchard:

496 Silva, S. (1947, Novembro). A educação dos pequenos e os brinquedos. *Os Nossos Filhos*, 4.

497 Losa, I. (1948, Novembro). Devemos ou não levar as nossas crianças a toda a parte onde vamos? *Os Nossos Filhos*, 4-5.

498 Lenroot, K. F. (1954, Outubro). Aprenda a alimentar os seus filhos: O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

499 Paço, M. J. L. (1946, Fevereiro). Acorde, mãezinha. *Os Nossos Filhos*, 14-15.

trata-se, sem dúvida, de um caso a examinar especialmente, porque essa exceção à regra universal do jogo não é normal. Talvez essa criança esteja fisicamente doente, talvez o esteja moral ou intelectualmente, e se essa inércia perdurar, será necessário recorrer a um exame minucioso e aos remédios apropriados.⁵⁰⁰

A actividade lúdica constitui um elemento essencial da vida da criança que as mães devem favorecer, criando condições para que esta a possa realizar. Esta constitui, como iremos ver, um óptimo meio para realizar a instrução da criança, ou seja, como define o médico Ferreira de Mira, para lhe ensinar as “técnicas em uso na vida social, económica e cultural”⁵⁰¹, assim como para lhe inculcar valores e para a disciplinar – “o jogo é escola de educação e disciplina”⁵⁰² - aspectos essenciais da educação de uma criança.

Naturalmente equipada para aprender, a criança nasce com um conjunto de capacidades e competências que lhe vão permitir, através da interacção com o meio e com as pessoas com a rodeiam, realizar as aprendizagens necessárias ao seu desenvolvimento. A capacidade de imitação, a curiosidade e a imaginação são destacadas, pelos autores, como características naturais e universais da infância cuja principal função é facilitar o processo de aprendizagem nos primeiros anos de vida. Assim sendo, estas devem ser aproveitadas pelas mães para promoverem a aquisição de conhecimentos, favorecerem o desenvolvimento da inteligência e auxiliarem a formação da personalidade dos seus filhos, principais objectivos da sua educação.

III.2.3.4. Desenvolvimento da inteligência

O desenvolvimento da inteligência é, a par da formação da personalidade, um dos domínios sobre o qual a acção educativa das mães se deve exercer.

500 Anónimo (1953, Maio). Psicologia infantil [Recensão do livro *Introdução à psicologia das crianças*]. *Os Nossos Filhos*, 7.

501 Mira, F. de (1945, Maio). Educar e instruir. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

502 Paço, M. J. L. (1946, Fevereiro). Acorde, mãezinha. *Os Nossos Filhos*, 14-15.

É de salientar, em relação a este aspecto específico do desenvolvimento da criança, a influência que o movimento de Educação Nova exerce no discurso dos autores. São frequentes, nos artigos sobre este tema, referências a pedagogos como Montessori, Decroly ou Claparède e ainda à educação sensorial, considerada o método mais correcto de assegurar o desenvolvimento da inteligência nos primeiros seis anos de vida: “Os órgãos dos sentidos são janelas abertas para o seu pensamento; precisam, portanto, ser preparados para bem desempenharem a sua função”⁵⁰³.

*Não descuide, pois, a educação sensorial de seu filho e verá que, quando ele for para a escola, terá muito mais facilidade na aprendizagem*⁵⁰⁴ - A referência à necessidade de preparar as crianças para a escola primária sucede com alguma frequência, surgindo a educação sensorial como o método mais adequado para a realizar. Como explica às mães a psicopedagoga Maria de Lourdes Bettencourt:

O desenvolvimento da inteligência deve ser acompanhado de uma educação apropriada que, exercida nos primeiros anos, prepara a criança para o esforço intelectual que lhe é pedido ao entrar na escola.

Chama-se a este ensino que antecede o período escolar, a educação sensorial.⁵⁰⁵

A educação sensorial deve ser iniciada pela mãe, em casa: “Deve ser a Mãe a primeira a iniciar este ensino”⁵⁰⁶, sendo indicado, pelos autores, como deve proceder para a efectuar. Por exemplo, para a educação do sentido auditivo, essencial dado que se a criança “não ouvir bem, ou não souber ouvir, desinteressar-se-á das explicações do professor e não poderá aprender”⁵⁰⁷, a mãe é aconselhada a realizar três tipos de exercícios: “reconhecimento de sons; distinção dos objectos pela queda ou pelo toque; orientação pelos sons”⁵⁰⁸, sendo descritas actividades específicas para cada um deles, como aquela que a seguir se transcreve:

503 Bettencourt, M. L. (1956, Agosto). Inteligência infantil. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

504 Pires, M. L. (1956, Janeiro). Mãezinha! Esqueça as preocupações e faça felizes os seus filhos! *Os Nossos Filhos*, 4.

505 Bettencourt, M. L. (1956, Agosto). Inteligência infantil. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

506 *Ibid.*

507 Pires, M. L. (1956, Agosto). Educação auditiva. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

508 *Ibid.*

RECONHECIMENTO DE SONS

Um exercício que geralmente agrada às crianças, é o seguinte:

Diz-se-lhe: «Agora vamos ficar muito calados para depois me dizeres o que ouviste». Deve conseguir-se que a criança fique uns momentos de «ouvido à escuta» sem nada se lhe dizer, e só ela vá mencionando o que for ouvindo.

Numa fase mais adiantada, deve conseguir-se que esteja atenta uns momentos, e só no fim diga o que ouviu. Isto será também um exercício de memória auditiva.

Faça com que ele distinga a voz das várias pessoas da casa. Pode servir-se, para isso, dum conto-jogo: - Um menino foi passear e perdeu-se. Era de noite e várias pessoas o procuravam e o iam chamando, e ele, embora as não visse, sabia, pela voz, quem o estava a chamar.

Pode dizer-lhe que pense que é ele esse menino, e que, de olhos vendados, vai adivinhar quem o está a chamar.

Pode variar este jogo, arranjando uma história em que entrem animais, e as várias pessoas, em vez de o chamarem, devem tentar imitar vozes de animais.

Pode servir-se da telefonia para vários exercícios, variando o som: mais alto, mais baixo, mais agudo, mais grave, e fazendo-lhe reconhecer a diferença.⁵⁰⁹

A educação sensorial é considerada fundamental por ser através dela que se desenvolvem a atenção e a memória, elementos essenciais para a realização das aprendizagens que a escola irá exigir. Através dos sentidos procede-se, assim, ao desenvolvimento da inteligência, como explica a psicopedagoga Maria de Lourdes Bettencourt: “nos primeiros anos, a criança é preparada para usar as suas mãos, olhos e ouvidos, e é através destes órgãos que chegaremos ao seu cérebro”⁵¹⁰.

A mãe deverá ainda contribuir para o desenvolvimento da linguagem do seu filho, ou, mais concretamente, para a aquisição de uma linguagem correcta: “Deve habituar-se a criança a falar correctamente, de pequenina. Para isso, a mãe nunca deve imitá-la, nem mostrar que acha graça à linguagem infantil”⁵¹¹.

509 Pires, M. L. (1956, Agosto). Educação auditiva. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

510 Bettencourt, M. L. (1956, Agosto). Inteligência infantil. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

511 Anónimo (1945, Janeiro). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 17.

É patente ainda, no que diz respeito ao desenvolvimento da inteligência, a condenação da tentativa da instrução precoce das crianças: “O desenvolvimento mental precoce de uma criança em idade pré-escolar pode elevá-la acima do seu grupo normal de companheiros, a um plano social mais alto, onde será infeliz e frustrada”⁵¹²

*Não é preciso puxar pelas crianças para que sejam espertas*⁵¹³ - Tendo por base a ideia de que a inteligência é um dom que se desenvolve naturalmente, tendo cada criança um ritmo de desenvolvimento próprio, as tentativas de apressá-lo, são consideradas prejudiciais, mesmo que nas crianças que aparentemente possuem uma *inteligência excepcional*: “Excitá-la demasiado em idade tão tenra pode causar-lhe tensão mental excessiva e conflitos, tomando, muitas vezes, a forma de pesadelos, ‘nervosismo’ e uma personalidade difícil”⁵¹⁴.

A função das mães consiste, assim, em auxiliar o desenvolvimento das crianças, respeitando a sua actividade espontânea e educando-lhe os sentidos, ajudando a criança para, quando da sua entrada na escola primária, esta esteja preparada para receber os ensinamentos que aí lhe serão ministrados.

Para além destas árduas tarefas, pelas quais as mães deverão ver o seu esforço devidamente recompensado - “Quem se dedicar a este trabalho bastante árduo, prepara para o seu próprio espírito grandes e maravilhosas surpresas que encantam, suavizam e compensam o esforço empregado para tal fim”⁵¹⁵ - a mãe deverá ainda estar disponível para responder às questões que a criança coloca, fruto da sua natural curiosidade acerca do mundo e daquilo que rodeia, considerada uma excelente oportunidade educativa.

Como explica o professor José Francisco Rodrigues a criança caracteriza-se “fundamentalmente pela sua insaciável curiosidade acerca de tudo o que a rodeia. Esta curiosidade é natural e, como todas as leis naturais, é fatal nas crianças cujo desenvolvimento se processa normalmente”⁵¹⁶, existindo nela uma tendência natural

512 Anónimo (1948, Julho). Sugestões... *Os Nossos Filhos*, 5.

513 Pires, M. L. (1956, Janeiro). Mãezinha! Esqueça as preocupações e faça felizes os seus filhos! *Os Nossos Filhos*, 4.

514 Martin, R. (1956, Junho). Dirija inteligentemente o seu filho prodígio. *Os Nossos Filhos*, 11.

515 Manso, M. L. (1946, Agosto). A educação musical da criança. *Os Nossos Filhos*, 16.

516 Rodrigues, J. F. (1945, Julho). Conheça os seus filhos! *Os Nossos Filhos*, 7.

para querer compreender o mundo que a rodeia, de “tudo querer saber e investigar”⁵¹⁷.

As perguntas que a criança coloca são, assim, consideradas sinais de uma “ânsia de conhecimento”⁵¹⁸, de esclarecimento, constituindo uma excelente oportunidade educativa. Mais concretamente, a mãe nunca deve ignorar as questões colocadas pela criança, mas sim aproveitá-las para iniciar a sua instrução. Como explica a professora Maria de Jesus Mateus Mendes: “É absolutamente necessário que ela se não veja cercada de indiferença, e muito menos de aborrecimento, quando pergunta ou investiga, procurando satisfazer a sua natural e permanente curiosidade ou ânsia de saber”⁵¹⁹.

A mãe deve ter ainda o cuidado de responder às perguntas das crianças tendo em conta o seu nível de desenvolvimento, sendo aconselhada a fazê-lo de uma forma “concisa, rápida, em palavras simples cujo significado ela já bem conheça e tão certa quanto possível”⁵²⁰.

O desenvolvimento da inteligência e a instrução da criança não são, porém, as únicas áreas sobre as quais a mãe deve exercer uma acção educativa. Tão ou mais importante do que o desenvolvimento da inteligência nos primeiros anos de vida, é o desenvolvimento emocional, facilitador da sua integração social, um dos principais objectivos da educação.

III.2.3.5. Desenvolvimento emocional

Aspecto particular do desenvolvimento geral, o desenvolvimento emocional está na base da formação da personalidade. As mães devem compreender como este se processa e agir em conformidade com esse conhecimento, pois só assim poderão prevenir futuros problemas emocionais nos seus filhos. Como explica o médico Gilbert Robin:

517 Marinska (1946, Fevereiro). Cuidai dos espíritos infantis. *Os Nossos Filhos*, 7.

518 Rodrigues, J. F. (1945, Julho). Conheça os seus filhos! *Os Nossos Filhos*, 7.

519 Mendes, M. J. M. (1953, Novembro). A criança no lar. *Os Nossos Filhos*, 6.

520 Mira, F. (1945, Maio). Educar e instruir. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

Uma profilaxia mental não será eficaz se os pais e os educadores não tomarem em consideração o factor cronológico e as diversas etapas ou crises, pelas quais vai passando o desenvolvimento da criança. As crises – dos 2 aos 3 anos, 7 anos, idade escolar, puberdade – correspondem às fases de desenvolvimento descritas por Freud e sua escola, e as etapas, primeiro captativa e depois oblativa, ajudam-nos a seguir os recursos psíquicos e morais da criança.⁵²¹

É notória, como se pode ver através do excerto acima transcrito, a influência das teorias psicanalíticas na forma como o desenvolvimento emocional é entendido, visível também nas referências ao papel dos conflitos no desenvolvimento emocional da criança, assim como na percepção da infância como o período de vida mais importante para a saúde mental do indivíduo.

No que diz respeito aos conflitos ou crises próprias da infância os autores vão destacar o complexo de Édipo e as crises provocadas pelo nascimento de um irmão. As mães são informadas sobre as suas características, as formas que poderão assumir e, mais importante do que isso, de como podem proceder para evitar os efeitos provocados pela sua ocorrência.

*Os ciúmes dos filhos em relação aos pais, (complexo de Édipo) ou das filhas em relação às mães (complexo de Electra) são de observação corrente nas primeiras idades*⁵²²- O Complexo de Édipo/Electra é entendido como um dos conflitos próprios da infância, uma etapa natural que todas as crianças têm que atravessar para poderem crescer emocionalmente. Apesar de normal, a forma como as mães e os pais lidam com esta situação pode ser determinante para a vida futura da criança: “Da sua evolução, do seu desenlace podem entretanto depender o equilíbrio do psiquismo e a futura orientação da vida sentimental”⁵²³.

A compreensão das causas de um comportamento “aparentemente inexplicável para os profanos”⁵²⁴ e a consequente adopção de atitudes menos correctas, pode ser responsável pela existência de desordens emocionais que, iniciando-se na infância,

521 Robin, G. (1957, Novembro). A higiene mental e os primeiros princípios da educação. *Saúde e Lar*, 4-5.

522 Fontes, V. (1952, Junho). Higiene mental infantil. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

523 Petersen, S. (1949, Abril). A fase “edípica” nas crianças será inevitável? *Os Nossos Filhos*, 4.

524 *Ibid.*

perdurarão pela vida fora: “Todos os pediatras com cultura psicológica, somos testemunhas de casos de neurose tendo por etiologia estas situações resultantes da incompreensão dos pais”⁵²⁵.

Perante tais comportamentos as mães são aconselhadas a tratar a criança sempre de forma afectuosa, nunca a recriminando, tendo em vista a resolução natural do conflito:

Na maior parte dos casos, o conflito, depois de atingir o paradoxismo entre os 4 e os 6 anos, tende a dissipar-se automaticamente, à medida que a criança, liberta do círculo restrito da família, toma contacto com o mundo exterior e descobre nestes interesses e servidões que a levam a sacrificar às realidades um primeiro amor demasiado ilusório.⁵²⁶

O ciúme é considerado um sentimento próprio da infância, estando na origem “da maior parte dos conflitos que perturbam a alma infantil”⁵²⁷. Para além do Complexo de Édipo/Electra outra importante fonte de ciúme e perturbação do desenvolvimento emocional é o nascimento de um irmão.

Esta questão preocupa os autores, mas também as mães, que escrevem para as revistas solicitando orientações:

O meu problema é a manifesta inveja de minha filha de dois anos e meio depois do nascimento da sua irmã, que agora tem oito meses. Ela costumava ter uma disposição calma e meiga, mas agora é irritável, difícil de dominar, tem acessos de mau humor e não presta estrita obediência.

Como devo agir nesta situação?⁵²⁸

As mães são aconselhadas a agir com “amor e ternura”⁵²⁹ e, se possível, preparar a criança, antes do nascimento do irmão, para este acontecimento.

525 Fontes, V. (1952, Junho). Higiene mental infantil. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

526 Petersen, S. (1949, Abril). A fase “edípica” nas crianças será inevitável? *Os Nossos Filhos*, 4, 527 *Ibid*.

528 Anónimo (1951, Setembro). Criança invejosa [carta ao editor]. *Saúde e Lar*, 14.

529 Anónimo (1951, Setembro). Consultório familiar. *Saúde e Lar*, 14.

*Não há nada mais fácil do que evitar sentimentos de ciúme numa criança que vai ter um irmão*⁵³⁰ - Embora considerado natural, acredita-se que este é um sentimento evitável através da adequada preparação da criança para este acontecimento, pormenorizadamente explicada pelos autores às mães:

Primeiro, uma conversa na qual perguntaria se não gostaria de ter um menino ou uma menina em casa, uma criança com a qual pudesse brincar. Depois, a promessa de que arranjará essa criança, e que seria um presente para ele. Seria o menino dele. No dia em que Jorge perguntasse porque não chegava o presente, para brincar com ele, poderia explicar que os meninos são, primeiro, bebês, e que os bebês, são seres pequenos e fracos.

- No começo, não saberá brincar como tu, que já és um homenzinho. Teremos nós dois que cuidar dele. Vais ajudar-me, não é verdade?

(...)

O SEGUNDO FILHO

Depois do nascimento, explicaria que o bebezinho iria requerer muito do seu tempo, durante alguns meses. Mostraria a sua fraqueza e pediria sempre ao mais velho que a ajudasse. Deixar-lhe-ia algumas iniciativas. Pediria que fosse buscar a mamadeira ou a fralda, que enxugasse os pezinhos do bebê, que lhe desse a boneca de borracha.

As crianças gostam de ser tratadas como gente grande e responsável.

Garanto que não haveria ciúmes.⁵³¹

À mãe compete garantir que entre os seus filhos se estabelece uma relação harmoniosa e, sobretudo, que o nascimento de um irmão não contribui para o desequilíbrio emocional do filho mais velho, ou seja, “evitar os efeitos perniciosos de uma hostilidade consciente ou inconsciente que frequentemente se exteriorize em agressividade, acessos de mau humor ou regresso a manifestações demasiado mimalhas, com o intuito de chamar a atenção”⁵³².

Para além de preparar convenientemente a criança, como anteriormente referido,

530 Losa, I. (1951, Janeiro). Irmãos. *Os Nossos Filhos*, 7.

531 Martin, R. (1956, Dezembro). Ciúmes infantis: O problema do segundo filho. *Os Nossos Filhos*, 8.

532 Anónimo (1958, Junho). Vai chegar o segundo bebê. *Os Nossos Filhos*, 8-9.

as mães devem ainda ter o cuidado de assegurar “o seu lugar inalterável no afecto dos pais”⁵³³, para que esta não se sinta lesada com a chegada do bebé.

O facto de este ser considerado um comportamento evitável, através de um adequado comportamento da mãe, tem como consequência a atribuição de uma maior responsabilidade à mulher, na medida em que é a forma como actua nesta situação que determina a existência ou não de ciúme e, conseqüentemente, da rivalidade entre irmãos.

Outro aspecto focado, no que diz respeito ao desenvolvimento emocional, é a necessidade da realização de uma educação positiva, essencial para a promoção de sentimentos de auto-confiança na criança, que a ajudarão a singrar no futuro:

A educação da criança deve ser positiva; para dar bons frutos, deve ser toda feita à base de uma confiança individual. As crianças devem acreditar em si, devem poder pensar que têm capacidade suficiente para vencer os obstáculos que lhes limitam a distância onde os seus mais belos ideais irão florescer.⁵³⁴

Para tal deverá ser desenvolvido na criança o apreço pelo trabalho e pelo esforço individual, assim como o respeito pelos outros e, sobretudo, a auto-disciplina, elemento essencial da educação moral.

III.2.3.6. Educação moral

A preparação para a vida em sociedade, através da interiorização das regras sociais, deve ser alvo de especial atenção por parte das mães, responsáveis pela transmissão de valores e pela transformação da criança num adulto útil e adaptado à sociedade em está inserido.

Neste sentido, devem, em primeiro lugar, auxiliar a criança a adquirir a

533 Anónimo (1958, Junho). Vai chegar o segundo bebé. *Os Nossos Filhos*, 8-9.

534 Vicente, C. (1956, Junho). O medo na educação infantil. *Os Nossos Filhos*, 9.

capacidade de distinguir entre o bem e o mal, elemento essencial para a construção de um adulto íntegro, respeitador do próximo e da ordem social, já que é uma competência que a criança por si própria é incapaz de desenvolver:

Se ter um ideal é ter uma razão de viver, o ideal das mães deve consistir em ajudar os seus filhos a possuírem uma consciência moral límpida, dos seus actos, dos seus sentimentos, das suas ideias, preparando-lhes o melhor terreno para poderem distinguir, com toda a clareza, e separá-las, sem risco de confusão, as duas balizas, fundamentalmente opostas, do bem e do mal.⁵³⁵

Para tal as mães devem estar especialmente atentas ao seu comportamento, pois “as crianças formam-se espiritualmente de acordo com os modelos que têm à vista”⁵³⁶, assim como às palavras que proferem diante da criança:

As pessoas crescidas devem ter muito cuidado com as conversas diante das crianças. Nunca se devem dizer frases deste género:

“Tirar flores não é roubar”

“Fulano ficou com isto de Beltrano, mas não faz mal, ele tem lá muito”,

Estas palavras podem despertar a tendência deplorável; pelo menos deformam a noção de “consciência”, que desde criança se deve possuir, nobre, recta e pura.⁵³⁷

Imitadoras por natureza, as crianças são *espíões vigilantes* em torno dos adultos, de quem reproduzem o comportamento:

Todos sabem como a imitação é própria do espírito infantil (...). A criança (...) vivendo principalmente em companhia dos pais, em primeiro lugar observá-los com a maior atenção sem revelar que o faz, em segundo lugar procurará imitá-los. Para bem educar essa criança, os pais terão de proceder na intimidade do

535 Dalila (1951, Julho). Fala-vos uma mãe: Para começar. *Os Nossos Filhos*, 7.

536 Mira, F. (1950, Dezembro). Educar com alegria. *Os Nossos Filhos*, 5.

537 Anónimo (1946, Junho). Crianças larápias. *Os Nossos Filhos*, 5.

seu lar de modo a poderem servir de exemplo.⁵³⁸

O comportamento das crianças é, assim, considerado um reflexo do comportamento das mães, que tudo deverão fazer para ter na presença da criança uma conduta correcta. Para tal necessitam, acima de tudo, de capacidade reflexiva, essencial para se aperceberem dos erros cometidos e modificarem o seu comportamento, e autocontrolo, de forma a evitar comportamentos desadequados ou prejudiciais à formação da criança:

Não podemos, portanto, esquecer nunca a grande e decisiva influência das nossas atitudes na educação da criança.

Temos, por isso, todos, o dever imperioso de nos vigiarmos constantemente, acautelando todos os gestos no sentido de que nada tenham de condenável, ou mesmo indigno.⁵³⁹

O exemplo é, assim, considerado uma das formas mais eficazes de educar ou, mais concretamente, de inculcar os comportamentos desejados nas crianças. Como afirma o filósofo Will Durant, citado por Fernanda Tasso de Figueiredo: “Nada mais poderoso do que o exemplo. É notável como uma criança pode adquirir óptimo comportamento sem nunca ser castigada nem compelida”⁵⁴⁰.

Através do exemplo a criança pode adquirir comportamentos específicos, como as boas maneiras - “o ensino da cortesia deve começar desde as primeiras semanas, pelo exemplo”⁵⁴¹ e desenvolver competências, designadamente as capacidades de autocontrolo, essencial para a vida em sociedade.

Para além da regulação do seu próprio comportamento, de forma a constituir um modelo adequado de conduta para os seus filhos, a acção da mãe deve também ser exercida de uma forma directa.

538 Mira, F. (1945, Março). A educação e o exemplo. *Os Nossos Filhos*, 6.

539 Mendes, M. J. M. (1946, Outubro). Influência do exemplo na educação. *Os Nossos Filhos*, 7.

540 Figueiredo, F. T. (1946, Dezembro). É preciso educarmo-nos para sabermos e podermos educar. *Os Nossos Filhos*, 7.

541 Tièche, M. (1953, Novembro). Ensina a cortesia a vossos filhos. *Saúde e Lar*, 10.

*Deveria ensinar-se à criança, desde muito cedo, a tornar-se útil*⁵⁴² – O hábito do trabalho deve ser inculcado pelas mães desde muito cedo, através do envolvimento das crianças nas tarefas de casa, o rapaz nos trabalhos realizados pelo pai e a rapariga naquelas desempenhadas pela mãe:

Toda a alegria sã, todo o verdadeiro proveito provém dos hábitos de trabalho que se contraem quando se é novo. Desde que uma criança seja capaz de imitar o pai ou a mãe, pode aprender a servir-se utilmente das suas pequenas mãos.⁵⁴³

Para além do hábito do trabalho, as mães devem ainda inculcar na criança hábitos “de ordem, de respeito pelo próximo, combater-lhe o egoísmo inato e desenvolver-lhe tendências altruístas”⁵⁴⁴, assim como proceder ao ensino da cortesia.

*O meio familiar é evidentemente o local escolhido para a aprendizagem da cortesia*⁵⁴⁵ - A amabilidade ou cortesia é essencial para a integração social do indivíduo. Como explica o pedagogo Maurice Tièche:

Se desejamos que os nossos filhos gozem a estima dos outros, encontrem facilmente o seu lugar na sociedade. Se tornem agradavelmente úteis aos que os rodeiam, ensinemo-los a ser corteses. Será desnecessário dizer que a verdadeira cortesia é a arte de exprimir de uma maneira sincera e delicada os sentimentos de benevolência, interesse e deferência que experimentam. Não a confundamos com a etiqueta ou com as cerimónias, cujo carácter é sobretudo formalista.⁵⁴⁶

As mães devem, assim, habituar os filhos, desde logo, “a ter com a família e amigos, a principiar pelo pais e irmãos, as pequeninas atenções e delicadezas que tornam a vida agradável – e que muitos pais exigem só para as visitas”⁵⁴⁷.

Este tipo de comportamentos pode ser adquirido de várias formas. Através do

542 White, E. G. (1946, Janeiro). Sem título. *Saúde e Lar*, 23.

543 Anónimo (1952, Julho). Consultório familiar. *Saúde e Lar*, 7.

544 Mendes, O. J. M. (1950, Outubro). Factores do desenvolvimento mental. *Os Nossos Filhos*, 5.

545 Tièche, M. (1953, Novembro). Ensina a cortesia a vossos filhos. *Saúde e Lar*, 10.

546 *Ibid.*

547 Anónimo (1952, Dezembro). Pequenas coisas. *Os Nossos Filhos*, 8.

ensino directo e, principalmente, através do exemplo: “A melhor maneira de a ensinar [a cortesia] consiste em exemplificar”⁵⁴⁸, mas também através da actividade lúdica: “Um excelente meio de desenvolver a cortesia na criança consiste em brincar com ela às visitas”⁵⁴⁹; ou das histórias, através dos quais “aprenderá actos, palavras e exemplos a seguir, numa palavra, uma conduta em que se deve inspirar a imitar”⁵⁵⁰.

As histórias contadas às crianças são, por este motivo, um dos aspectos que deverá merecer uma especial atenção por parte das mães, que deverão proceder à sua selecção e à vigilância atenta de quem lhas conta, no caso de não se ocuparem, elas próprias, dessa tarefa: “Às mães compete, portanto, escolher as histórias que conta a seus filhos, vigiar quem lhas possa contar”⁵⁵¹.

A aquisição das noções de bem e de mal, assim como dos valores anteriormente referidos, embora essenciais, não garantem, por si só, a integração social do indivíduo. Para tal a criança deverá desenvolver a capacidade de auto-domínio, objectivo último da disciplinarização da criança.

Embora na base da educação da criança esteja a satisfação das suas necessidades, esta deve ser educada de modo a compreender que, na vida em sociedade, tal nem sempre é possível, nem sequer desejável. Como explica a médica Maria Teresa Furtado Dias, as mães devem “procurar dar à criança uma sensação de segurança, indo ao encontro dos seus instintos, mas ao mesmo tempo deve-se começar cedo a dirigi-la e a fazer-lhe restrições que a preparam para a luta que a vida lhe reserva”⁵⁵².

Contudo, esta nem sempre se revela uma tarefa fácil, como testemunham as mães nas cartas que escrevem para os periódicos, pedindo indicações sobre a forma como hão-de lidar com a *teimosia* dos seus filhos: “Minha filha, que fez agora precisamente 3 anos, tem um génio terrível, é caprichosa e teimosa. Como devo dominá-la?”⁵⁵³.

É com o objectivo de de auxiliar as mães, que os autores vão divulgar os

548 Anónimo (1953, Julho)... e Lar. *Saúde e Lar*, 1.

549 *Ibid.*

550 Sabatino, F. (1956, Dezembro). Contos às crianças?!... Que se lhes deve contar?... *Saúde e Lar*, 9.

551 Anónimo (1947, Janeiro). Contos de bruxas. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

552 Dias, M. T. F. (1952, Julho). Como tratar bem um bebé. *Saúde e Lar*, 4-6.

553 Anónimo (1953, Novembro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 7.

princípios que devem reger a disciplinarização da criança, juntamente com a referência aos principais erros educativos, fruto de comportamentos que as mães são incitadas a modificar.

*Muitos pais erram por se inclinar demasiado para o lado da benevolência e outros tomam a posição extrema: governam os seus filhos com vara de ferro*⁵⁵⁴ - A criança deve ser educada com uma autoridade “constitucional e não despótica”⁵⁵⁵, apoiando-se em princípios, ou seja, exigindo “certos actos porque são bons”⁵⁵⁶ e proibindo outros “porque são nefastos”⁵⁵⁷. Mais concretamente, a criança deve ser educada sem autoritarismo nem excessos de zelo, atitudes cujas consequências nefastas os autores se esforçam por enumerar:

Na formação da personalidade, o procedimento ideal dos pais deve estar sempre, no meio termo – nem mimos exagerados, nem maus tratos; não condescender demasiado, nem reprimir em excesso. O equilíbrio é o caminho seguir, para habituar a criança a cumprir, normalmente, as suas obrigações e a colocar-se, pouco a pouco, no seu verdadeiro lugar na família e na sociedade.⁵⁵⁸

O excesso de autoridade tem como resultado a formação de uma criança medrosa, “triste, reservada, mentirosa por medo e, portanto, também muito infeliz”⁵⁵⁹, que obedece apenas pelo temor que tem aos adultos e não pela “aceitação voluntária, pelo educando, das determinações justas do educador”⁵⁶⁰, finalidade última do processo de educação moral da criança.

A atitude oposta, o excesso de mimo, está, por sua vez, na origem da criação de personalidades fracas: “Fazendo todas as vontades e atendendo a todos os caprichos das crianças, os pais criam personalidades fracas, incapazes de enfrentar com decisão a luta pela vida”⁵⁶¹. Neste contexto, também é criticado o hábito de algumas mães de louvarem excessivamente os seus filhos, pois acredita-se que tal só contribui para a

554 Anónimo (1945, Março). Tornemo-lo atractivo. *Saúde e Lar*, 21.

555 Anónimo (1953, Setembro)... e Lar. *Saúde e Lar*, 1.

556 *Ibid.*

557 *Ibid.*

558 Anónimo (1948, Dezembro). ... e Lar. *Saúde e Lar*, 21.

559 Mira, F. (1945, Janeiro). Criar e educar. *Os Nossos Filhos*, 6-7.

560 Mendes, M. J. M. (1946, Outubro). Influência do exemplo na educação. *Os Nossos Filhos*, 7.

561 Anónimo (1951, Janeiro). Educando para a vida. *Saúde e Lar*, 21.

criança “se convencer de que é um valor excepcional e, assim, julgará que não vale a pena esforçar-se em progredir e muito menos em procurar corrigir defeitos, que em seu entender, não existem”⁵⁶².

Em suma, as mães devem “evitar a cega afeição indulgente e nunca manifestar severidade escusada”⁵⁶³, tratando a criança com carinho, encorajando-a sempre que for necessário. Ao afecto deve juntar-se a firmeza, de forma a desenvolver uma qualidade essencial para a vida em sociedade, o auto-controlo, ou seja, a capacidade da criança regular o seu próprio comportamento: “A autoridade em educação não deve ter o objectivo imediato de ‘obrigar a obedecer’, mas sim manter em caminho direito os seres que ainda estão imperfeitamente formados, tanto intelectualmente como moralmente, para poderem dirigir-se a si próprios”⁵⁶⁴.

O excesso de mimo e o autoritarismo não são, no que diz respeito à disciplina, os únicos erros cometidos pelas mães. Gritar com as crianças ou puni-las fisicamente são comportamentos que devem evitar, sob a pena de com eles estarem a prejudicar a formação da sua personalidade.

*Evitem-se os gritos*⁵⁶⁵ - Gritar com a criança é um dos erros educativos cometidos pelas mães: “Algumas mães julgam que quanto mais gritarem a seus filhos, mais depressa eles obedecerão. Cometem nisso um erro crasso”⁵⁶⁶. As ordens devem ser dadas às crianças “com doçura e bondade”⁵⁶⁷, com firmeza, de forma a não serem entendidas como “um ímpeto de cólera como tantas vezes sucede”⁵⁶⁸, mas sim como “um conselho referente ao modo como, em determinada circunstância, se deve proceder”⁵⁶⁹.

*Sobretudo, minha querida, toma este conselhos: Não lhe batas!*⁵⁷⁰ - Bater às crianças é uma prática condenada, percebida como um sinal de incompetência materna. Como explica o médico António Correia:

562 Anónimo (1955, Setembro). Crianças mimalhas. *Saúde e Lar*, 14.

563 Anónimo (1945, Março). Tornemo-lo atractivo. *Saúde e Lar*, 21.

564 Eeckhout (1948, Janeiro). O respeito pela personalidade na educação. *Os Nossos Filhos*, 4.

565 Anónimo (1950, Março). Evitem-se os gritos. *Saúde e Lar*, 21.

566 Anónimo (1946, Setembro). As crianças. *Saúde e Lar*, 9.

567 Anónimo (1953, Julho). ... e Lar. *Saúde e Lar*, 1.

568 Anjos, M. S. (1947, Janeiro). Harmonia e alegria no Lar. *Os Nossos Filhos*, 7.

569 Mira, F. (1949, Agosto). Obedecer. *Os Nossos Filhos*, 4.

570 Anónimo (1947, Março). Conselhos. *Os Nossos Filhos*, 7.

É necessário fazer compreender à família que em caso algum se justifica o bater numa criança e só as pessoas intelectualmente deformadas têm a ousadia de afirmar ser necessário fazê-lo para que de facto haja educação. É necessário que essas pessoas saibam que os seus argumentos e opiniões, perante as experiências realizadas em grande número por esse mundo fora, apenas revelam a sua incultura e o seu amor ao comodismo pessoal. É necessário que essas pessoas se não iludam, julgando iludir os outros, e se convençam que o facto de bater nos seus filhos revela, exclusivamente, a sua incapacidade para os educar sem recorrer a tão triste e estúpido meio.⁵⁷¹

Em suma, no caso de a criança se portar mal, as mães não devem gritar, nem bater, mas sim mostrar-lhe o seu desagrado, explicando-lhe porque é que não se deve comportar dessa maneira:

O melhor processo de «levar» as crianças não é a irritação, a zanga, a pancada. Vale mais raciocinar com ela, mostrar-lhe as razões, os porquês, os resultados. Vale muito mais, exteriorizar a nossa profunda tristeza perante qualquer falta ou desmazelo. Aumenta a amizade e respeito pelo pai ou educador e causa mais profunda influência no educando.⁵⁷²

Para além de dever saber qual a forma correcta de actuar quando a criança se porta mal e de proceder em conformidade com ela, as mães devem ser capazes de evitar que este tipo de comportamentos ocorram. Para tal deverão ser, sobretudo, pacientes, firmes e coerentes.

*A obediência também se conquista*⁵⁷³ - A não cedência aos desejos e aos caprichos da criança, depois de uma recusa, é fundamental: “Depois de se lhe ter recusado uma coisa, é necessário não ceder nem aos seus gritos nem às suas importunidades”⁵⁷⁴. O não seguimento deste princípio tem como consequência a

571 Correia, A. (1945, Maio). Como criar filhos normais?: Que fazer para lhes dar boa saúde? Como evitar desastres? Quais os bons divertimentos? Devemos empregar a pancada? *Saúde e Lar*, 6-7.

572 Anónimo (1945, Julho). Pequenos nadas. *Saúde e Lar*, 21.

573 Mira, F. (1949, Agosto). Obedecer. *Os Nossos Filhos*, 4.

574 Robin, G. (1957, Novembro). A higiene mental e os primeiros princípios da educação. *Saúde e Lar*, 4-5.

diminuição da autoridade do adulto e a indisciplina por parte da criança: “Nada de ameaças que não tenham execução imediata, promessas que se não possam cumprir: a criança vê nisso fraqueza, cobardia, mentira, que tiram o prestígio à autoridade”⁵⁷⁵.

As mães devem também evitar fazer “ameaças vãs”⁵⁷⁶, ou seja, uma ameaça de castigo é para cumprir caso a criança não obedeça, pois só assim compreenderá que o seu mau comportamento tem consequências: “Quando prometermos um castigo, evitaremos infligir, quer por fraqueza, quer por esquecimento. O nosso filho cedo se convencerá que só por acaso ou pouca sorte uma má acção implica consequências dolorosas”⁵⁷⁷. Devem ainda “mandar pouco e bem: pouco, porque as ordens muito repetidas convidam à desobediência; bem, quer dizer com razão e, se for possível, de modo que o não cumprimento da ordem tenha sanção natural”⁵⁷⁸.

Se o seguimento dos princípios e das regras que temos vindo a descrever são a garantia de que a criança é disciplinada, quando tal não acontece a responsabilidade será, em última análise, das mães. Ou seja, considera-se que a principal causa de comportamentos de indisciplina por parte das crianças são as suas próprias mães, que não as souberam educar de uma forma conveniente, que não conseguiram modificar o seu comportamento para agir de uma forma mais correcta:

desde que se trate de crianças normais e em estado de boa saúde, se alguma se não mostra obediente ao seu educador, é deste, sem dúvida, a culpa. É possível que mande demais, ou que dê ordens que se revelem injustificadas, ou que as dê gritando, ou agressivamente, ou em prolixidade de termos, ou em palavras que envolvem censura.⁵⁷⁹

A calma e a serenidade perante o comportamento da criança são elementos particulares da capacidade de auto-controlo das mães, qualidade fundamental de uma boa mãe. No que diz respeito à disciplina, esta é essencial para evitar comportamentos como aqueles anteriormente descritos:

575 Anjos, M. S. (1945, Maio). A criança, essa desconhecida. *Os Nossos Filhos*, 6.

576 Anónimo (1946, Outubro). Os teus problemas, Mãezinha! *Os Nossos Filhos*, 24.

577 Dias, M. T. F. (1958, Agosto). Crianças débeis. *Saúde e Lar*, 18-19.

578 Mira, F. (1948, Setembro). Crianças irrequietas. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

579 Mira, F. (1949, Agosto). Obedecer. *Os Nossos Filhos*, 4.

A mãe, que pretende educar, evitará diante dos filhos, as desigualdades de humor, os excessos de nervosismo, os destemperos de cólera, os gritos, as palavras agressivas ou contundentes, os gestos descompostos, que desprestigiam quem os usa, causam desgosto íntimo a quem os presencia e desmoralizam os educandos.⁵⁸⁰

Em suma, a preocupação com as crianças inicia-se antes da sua concepção, momento em que o médico surge como a principal garantia da saúde da criança, que perdurará durante as diferentes etapas do desenvolvimento abordadas, gestação e idade pré-escolar. Esta preocupação abrange tanto as questões relacionadas com a sua saúde física, designadamente a sua sobrevivência, assim como a sua saúde mental. É ainda visível nos textos acerca da educação moral a preocupação com a preparação da criança para a vida em sociedade.

A educação das mãe surge, neste contexto, como uma garantia indispensável para o harmonioso desenvolvimento da criança, e que, como podemos ver, é um dos principais objectivos dos autores que escrevem nos periódicos analisados.

Caracterizados, assim, nesta primeira parte do capítulo referente à Apresentação dos Resultados, os discursos relativos ao 1º Período – 1945 a 1958, no ponto seguinte procedermos à apresentação dos resultados relativos ao 2º Período - 1994 a 2007.

III.3. CONCEPÇÕES DE MATERNIDADE - 2º PERÍODO: 1994 a 2007

Embora estejamos longe dos “tempos das mães caseiras que viviam em função dos filhos e depois envelheciam em função dos netos”⁵⁸¹, a mulher é considerada, pelos autores, a principal responsável pela criação e educação das crianças, especialmente pelas mais pequenas, idades em que se considera que o pai por mais que se “esforce e participe não pode transformar-se numa segunda mãe”⁵⁸². Como constata uma mãe

580 Costa, E. S. (1957, Janeiro). Pequenas coisas muito importantes que as mães não podem esquecer. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

581 Anónimo (1995, Outubro). Perguntas & Respostas. *PAIS&Filhos*, 8-9.

582 Anónimo (1998, Novembro). De volta à rotina: Enfim sós... com o bebé. *Crescer*, 54-55.

numa carta escrita para uma das revistas seleccionadas: “parece-me que esta revista é 90% dirigida às mães. Deveria, por isso, ter o nome de Mães & Filhos ou, pelo menos, Pais, Mães & Filhos”⁵⁸³.

O facto de cada vez mais se defender a participação conjunta do pai e da mãe na criação e educação das crianças – “É bom que os pais percebam que o seu papel junto do filho não substitui o da mãe, mas que é igualmente importante”⁵⁸⁴ - parece não ter reflexo na vida da maioria das mulheres, que continuam a assegurar os cuidados aos filhos e a gestão do seu quotidiano: “Nesta época conturbada em que vivemos, tratar dos filhos e, ao mesmo tempo, trabalhar fora de casa acontece a quase todas as mães”⁵⁸⁵.

Apesar de a maioria das mulheres com filhos em idade pré-escolar trabalhar fora de casa, sendo considerado que a opção pelo não exercício de uma profissão, por motivos económicos “nem sempre é fácil e em muitos casos quase impossível”⁵⁸⁶ - “para a maioria das famílias, a manutenção do agregado familiar depende de dois salários e torna-se muito difícil prescindir de um deles”⁵⁸⁷ - a ideia transmitida pela maioria dos autores é de que esta é a situação ideal, pelo menos nos primeiros tempos de vida da criança: “De facto mãe há só uma e segundo uma grande parte dos especialistas a criança deve ficar exclusivamente com ela durante o primeiro ano de vida”⁵⁸⁸.

Esta ideia está também presente no discurso de algumas mães, que se queixam do pouco tempo que têm para estar com os filhos e relatam a frustração e a culpa que esse sentimento lhes causa:

Tenho muita pena que em Portugal o tempo de licença de parto seja só quatro meses. Apesar de as minhas colegas mais velhas passarem a vida a dizer que já temos muita sorte, acho muito pouco para cuidar de um ser tão pequenino e que precisa tanto da mãe. Devíamos poder ficar em casa os primeiros três anos, sem perda de ordenado, pois deve haver muitas mães como eu que só não ficam em casa a cuidar dos filhos porque precisam muito do ordenado no fim do mês.

583 Guerreiro, M. (1998, Janeiro). Pais, mães & filhos [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 7.

584 Baptista, I. B. (1996, Novembro). A depressão pós-parto. *PAIS&Filhos*, 25-28.

585 Castro, A. V. (1999, Dezembro). Mais tempo para os filhos. *PAIS&Filhos*, 72-74.

586 Anónimo (1998, Maio). A escolha da escola. *Crescer*, 46-48.

587 Pinho, A. L. (2002, Maio). Profissão: Mãe. *PAIS&Filhos*, 28-32.

588 Anónimo (1998, Maio). A escolha da escola. *Crescer*, 46-48.

Sinto-me muito frustrada por vir trabalhar e deixar o meu filho na ama (em quem deposito toda a confiança), pois gostava de acompanhar mais de perto o seu crescimento, sem a correria de ter de chegar a horas ao trabalho ou ir para casa fazer o jantar. Mas infelizmente isso não é possível, por isso só me resta aproveitar cada instante e rezar para que consiga, nesta correria, transmitir aos meus filhos aquilo que considero importante ensinar-lhes.⁵⁸⁹

A responsabilização das mães pela criação e educação dos seus filhos é particularmente visível nos discursos sobre conciliação entre trabalho e maternidade, já que as referências ao pai em relação a este aspecto são praticamente inexistentes. Neste contexto é a mãe que tem que definir prioridades - “Você só pode fazer uma coisa de cada vez e não é nenhuma supermulher, por isso, defina o que é mais importante”⁵⁹⁰ - de forma a racionalizar a “sua energia para que, quando estiver com o seu filho não se sinta esgotada”⁵⁹¹, a não se afligir no caso de ter de faltar ao trabalho ou de chegar atrasada.

Responsabilizadas pela criação e educação dos seus filhos, muitas vezes sem qualquer experiência prévia de contacto com crianças pequenas, as mulheres recorrem a um conjunto de fontes de forma a obter informação sobre a melhor forma de exercer a função maternal, muitas vezes, segundo alguns autores, de uma forma excessiva.

Numa época em que proliferam os manuais, as revistas, os cursos e os sites de Internet destinados à divulgação de informação sobre a criação e educação das crianças - “as dificuldades e as dúvidas de todos os pais no seu, por vezes, árduo dia a dia, constituem um manancial de sites na www”⁵⁹², o que é criticado é o carácter excessivo que essa procura de informação por vezes adquire, assim como a insegurança que causa nas mães, que cada vez parecem duvidar mais das suas próprias competências maternais. Como afirma o psicólogo Eduardo de Sá, citado pela educadora de infância Laura Alves:

Numa sociedade em que muitas vezes se pensa já não ser possível viver sem psicólogos e pedopsiquiatras, infantiliza-se de tal maneira os pais que eles

589 Colaço, J. (2003, Fevereiro). Ainda a licença de parto... [Carta ao editor] *PAIS&Filhos*, 7.

590 Anónimo (2001, Abril). Concilie o trabalho com o papel de mãe. *Crescer*, 76.

591 Anónimo (2000, Maio). Dez regras para ser uma super-mãe. *Crescer*, 70-71.

592 Santos, R. S. (1999, Abril). Perguntem ao médico. *PAIS&Filhos*, 10.

chegam a ter medo do seu próprio bom-senso.⁵⁹³

III.3.1. Insegurança das mães

Os factores considerados responsáveis pela insegurança que actualmente parece atingir as mães são vários: a sua inexperiência, pois muitas vezes nunca tiveram qualquer contacto com crianças; o investimento realizado no filho, planeado para nascer no momento ideal; as rápidas transformações que ocorreram entre a sua infância e a dos seus filhos; a proliferação de informação acerca da criação e educação das crianças muitas vezes contraditória, fazendo com que não seja evidente para os pais, “o que tem de se fazer para que [as crianças] cresçam felizes e saudáveis”⁵⁹⁴; e, por último, a existência de um modelo de *mãe perfeita*, que os autores procuram destruir.

*A perfeição não é deste mundo*⁵⁹⁵ - Apesar da tentativa de destruição, por parte dos autores, da ideia de *mãe perfeita*, considerada uma construção artificial – “o mito da mãe perfeita não é mais do que uma invenção da sociedade”⁵⁹⁶, as mulheres parecem ter interiorizada a ideia de que para serem boas mães têm que corresponder a um determinado ideal de maternidade. Como relata uma mãe numa carta:

A Sara sempre chorou com muita facilidade, por tudo e por nada. Ela quer ser o centro do nosso mundo. Sou doida por ela e pelo meu João, por isso é que quero aprender a lidar com esta situação. O problema é que 'finco o pé', quando é não é não... mas a persistência do seu choro faz-me perder a cabeça e dou-lhe umas palmadas. Depois vou para o quarto e choro. Entro em conflito sobre o que é certo e errado. Já pensei em brincar com ela quando chora. Já pensei em ir ao psicólogo. Já pensei em deixar o emprego. Quero educá-la correctamente sem criar complexos ou deformações psicológicas naquela cabecinha. Quero agir

593 Alves, L. V. (1994, Setembro). Pais: por favor decidam-se! *PAIS&Filhos*, 72.

594 *Ibid.*

595 Santos, A. (1999, Agosto). Férias felizes. *PAIS&Filhos*, 78.

596 Amorim, M. J. (2004, Novembro). Amor à segunda vista. *PAIS&Filhos*, 39-44.

correctamente.⁵⁹⁷

Ou seja, procuram corresponder a um modelo de ideal - “muitas mulheres têm a imagem da mãe perfeita que inclui a ideia de auto-sacrifício e de envolvimento total e absoluto”⁵⁹⁸ – o que está na origem, quando existe um desfasamento entre o modelo e a realidade, de sentimentos de culpa geradores, por sua vez, de uma maior insegurança: “Quando se tornam mães, os sentimentos de culpa duplicam porque não conseguem corresponder ao ideal de ‘mãe perfeita’”⁵⁹⁹.

Para tal também contribuem as pressões que as mulheres sofrem, em termos sociais, para corresponder a esta imagem de *boa mãe*. Como explica a psicóloga Catarina Moço, citada pela jornalista Maria João Amorim:

«As pessoas são pouco sensíveis aos problemas das jovens mães, tudo o que lhes dizem é que elas têm que ser perfeitas!» Por vezes, a culpa por não corresponder às expectativas pode resvalar em depressão e, «nesta fase, muitas mães chegam a pensar que não gostam dos seus bebés, duvidando do “jeito” que têm para cuidar deles».⁶⁰⁰

Criticada pelos autores, a noção da mãe perfeita, é substituída pela ideia da *mãe suficientemente boa*: “ser uma [mãe] suficientemente boa é melhor do que tentar ser perfeita”⁶⁰¹. Como afirma o pediatra Mário Cordeiro: “não existem ‘pais perfeitos’, mas sim ‘os melhores pais possíveis’ para os diversos contextos e conjunturas e também para os diversos filhos ‘que nos saem na rifa’”⁶⁰². As mães devem, assim, construir o seu próprio modelo, que devem seguir de uma forma coerente:

O importante afinal não é mais do que fazemos com toda a força, aquilo que nos parece certo, quer pareça moderno ou antiquado, vulgar ou original, que tenha princípio meio e fim e que faça sentido para as crianças e sobretudo para

597 P., F. (1998, Janeiro). Menina chorona [carta ao editor]. *Crescer*, 8.

598 Woolf, F. (1996, Novembro). Abaixo os sentimentos de culpa. *PAIS&Filhos*, 44-45.

599 *Ibid.*

600 Amorim, M. J. (2004, Novembro). Amor à segunda vista. *PAIS&Filhos*, 39-44.

601 Woolf, F. (1996, Novembro). Abaixo os sentimentos de culpa. *PAIS&Filhos*, 44-45.

602 Cordeiro, M. (2003, Abril). Não para aprender, sim para partilhar experiências. *PAIS&Filhos*, 12-14.

nós.⁶⁰³

Contudo, apesar desta ênfase na construção de um modelo próprio, da constatação de que não existem receitas, nem métodos únicos a aplicar na criação e educação das crianças, parecem existir determinados elementos que garantem às mães algum sucesso na realização desta tarefa. Como afirma a educadora de infância Laura Alves: “Se não há receitas e não se copiam métodos, pelo menos fica-nos a satisfação de sabermos que há «tipos de actuação» que resultam mais do que outros”⁶⁰⁴.

A procura de informação é assim uma componente importante do exercício da maternidade, embora se considere que não resolve todos os problemas que surgem no quotidiano das mães e das crianças. Mais concretamente, as mães devem documentar-se, informar-se, e depois adaptar esse conhecimento à situação concreta que estão a viver: “apesar de ser imprescindível ter alguns conhecimentos básicos sobre maternidade, é fundamental que a mãe confie em si mesma e seja autónoma nas decisões que toma sobre os seus filhos”⁶⁰⁵.

É precisamente para ajudarem as mães a documentar-se, mas também para as securizarem - “a informação é a melhor aliada dos pais para que se sintam mais seguros”⁶⁰⁶ que os autores vão divulgar informação sobre a criação e educação das crianças procedendo, simultaneamente, à divulgação de títulos de livros ou páginas WEB que as mães podem consultar, assim como de cursos de educação parental.

III.3.2. Fontes de informação

Para além da divulgação de informação e de resposta, em rubricas próprias, às questões colocadas pelas mães, os autores vão também referir quais os livros que estas devem ler, assim como divulgar a realização de cursos para pais.

603 Alves, L. V. (1994, Setembro). Pais: por favor decidam-se! *PAIS&Filhos*, 72.

604 *Ibid.*

605 Anónimo (2003, Fevereiro). Devo confiar no instinto maternal? *Crescer*, 12-13.

606 Anónimo (1998, Setembro). Aprenda a conhecer o bebé. *Crescer*, 14-15.

III.3.2.1. Leituras

Embora a informação divulgada pelos livros seja muitas vezes posta em causa, com base no argumento de que uma coisa é a teoria e outra a prática – “é verdade que a teoria nem sempre acompanha a prática, mas, de qualquer forma, é bom conhecê-la”⁶⁰⁷ -, a leitura de livros sobre a criação e educação das crianças parece fazer parte do quotidiano de muitas mães:

A reacção mais comum de alguém que recebe a notícia que vai ser mãe é ir a correr dar a boa nova, comprar compulsivamente todas as roupinhas de bebé que encontra e ler todos os livros que existem sobre a gravidez e parto.⁶⁰⁸

Esta prática é também testemunhada pelas próprias mães, em cartas escritas para as revistas: “Estou grávida pela primeira vez. E, como é normal na primeira gravidez, tenho lido tudo o quanto me aparece”⁶⁰⁹.

Actualmente, para além de recorrerem aos livros, as mães também procuram informação através da Internet: “há cerca de 6 meses já tinha andado à procura deste assunto na internet e não encontrei muita coisa”⁶¹⁰. Esta surge, assim, como mais uma fonte de informação sobre os mais diversos aspectos relacionados com a criação e a educação dos seus filhos, embora seja aconselhada alguma precaução na sua utilização, pois “há que saber escolher entre os milhares de propostas disponíveis no espaço cibernáutico”⁶¹¹.

Com o objectivo de auxiliar nessa escolha, os autores vão publicar informações sobre *sites* considerados fidedignos, como é o caso da rubrica *On Line*, em *PAIS&Filhos*, da responsabilidade do médico Rui Sousa Santos, em que se publicam endereços de páginas WEB consideradas úteis para as mães, acompanhadas de uma breve descrição das mesmas:

607 Esteves, A. (2004, Maio). Gravidez é tempo de... *PAIS&Filhos*, 17-20.

608 Figueiredo, M. (1999, Dezembro). Gravidez a quanto obrigas. *PAIS&Filhos*, 21-22.

609 Neves, M. A. (1999, Abril). Gravidez gemelar [carta ao editor]. *Crescer*, 77.

610 Nobre, S. (2004, Maio). Crianças índigo [Carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 8.

611 Anónimo (2004, Maio). Hospital virtual. *PAIS&Filhos*, 84-85.

Dois sites em português, ambos ainda em desenvolvimento, mas, desde já dignos de visita. Se o seu filho (ou a sua filha) chegou à fase das perguntas incómodas sobre como se fazem ou de onde vêm os bebés, sente-o ao colo frente ao computador e digite <http://www.eribeiro.com.br/joaodeda/corrída.htm> onde encontrará a "Corrida da Vida", com abundante informação e ilustração sobre o fenómeno da fecundação, da gestação e do parto.⁶¹²

Para além da divulgação de pontos de acesso ao conhecimento científico que as mães podem procurar espontaneamente, procedendo, de uma forma informal, à sua educação, são ainda divulgadas iniciativas com um carácter mais formal, como é o caso dos cursos de educação parental.

III.3.2.2. Cursos

Os cursos de educação parental são apresentados como espaços de reflexão, onde as mães trocam experiências e, em conjunto com os peritos, procuram encontrar a melhor forma de educar os seus filhos. Subjacente a esta concepção está a ideia de que a maternidade é algo que não se pode ensinar, mas sim uma competência inata, como explica Lourenço Xavier de Carvalho, sociólogo e coordenador de programas de formação familiar: “As ‘Escolas de Pais’ não ensinam os pais a exercer a parentalidade, pois esta é uma competência inata aos indivíduos, a qual se revela na partilha de experiências familiares”⁶¹³.

Relegando a função educativa para segundo plano, estas escolas assumem-se como lugares securizantes, uma vez que o seu principal objectivo é tranquilizar os pais, acalmando as ansiedades que se consideram inerentes ao exercício da maternidade/paternidade:

Estas «escolas» poderão auxiliar os pais nas suas tarefas educativas, acalmando

612 Santos, R. S. (1999, Agosto). Perguntem ao médico. *PAIS&Filhos*, 11.

613 Anónimo (2003, Abril). Escolas para aprendemos a ser pais. *PAIS&Filhos*, 12-14.

ansiedades inerentes a uma vida contemporânea confusa, sendo um lugar de reflexão sobre atitudes e expectativas dos casais, enquanto pais, e de troca de experiências com outros pais, educadores e especialistas. Daqui resultará, segundo a minha experiência, e essencialmente:

maior confiança na aplicação de uma pedagogia própria (que só os pais sabem qual);

um reforço das convicções sobre as suas acções educativas, muitas vezes abaladas pelo pluralismo dos valores na sociedade actual;

e uma elevada consciência enquanto pais e educadores.⁶¹⁴

Porém, apesar da importância que é atribuída à competência inata dos pais, assim como à necessidade de estes encontrarem o seu próprio caminho, o ensino de alguns princípios educativos é uma das finalidades deste tipo de iniciativas: “o objectivo é que pais e mães possam ver, ao vivo, como se pega num bebé ao colo, qual a melhor posição para o pôr a arrotar, de que forma se procede à limpeza e desinfectação do umbigo, etc...”⁶¹⁵.

A divulgação de informação é também uma função das revistas, como se explica claramente no editorial do primeiro número da revista *Crescer*:

A finalidade da CRESCER é dar aos pais, todos os meses, informações que os ajudem a saber onde, como, quando e o que devem fazer para resolver as suas dúvidas e aflições. E fornecer-lhe também os conhecimentos básicos que lhes permitam solucionar sozinhos, em casa, os pequenos problemas do dia-a-dia⁶¹⁶.

Essas pistas são activamente procuradas pelas mães que utilizam as revistas com o objectivo de esclarecer dúvidas, através da sua consulta quando surge algum problema. Como testemunha uma mãe, numa carta em que sugere que se crie um índice temático anual, que facilite a pesquisa por assuntos: “As vossas revistas para mim não são para ser lidas e postas de parte, são também 'manual de consulta' quando há alguma

614 Anónimo (2003, Abril). Escolas para aprendemos a ser pais. *PAIS&Filhos*, 12-14.

615 Baptista, I. B. (2004, Março). Pais & pediatras juntos em Santa Maria. *PAIS&Filhos*, 42-43.

616 O editor (1994, Maio). Vamos crescer juntos. *Crescer*, 3.

dúvida”⁶¹⁷.

As mães recorrem ainda às revistas de uma forma mais directa, através da escrita de cartas solicitando a resposta a questões que as preocupam, a abordagem de temas que consideram importantes – “Escrevo também para vos pedir que dediquem alguns artigos ao tema dos direitos das grávidas e das mães trabalhadoras, pois nunca é demais falar sobre eles”⁶¹⁸ -, ou, ainda, a agradecer a ajuda que estas prestam na resolução dos problemas do quotidiano: “Sou vossa leitora assídua e pretendo continuar a poder usufruir cada vez mais dos utilíssimos conselhos que a Crescer me tem proporcionado, em questões essenciais. Tem sido a minha melhor ajudante na árdua tarefa de educar os meus dois filhos”⁶¹⁹.

Passaremos então à apresentação dos conteúdos relativos aos conhecimentos e às informações transmitidas aos pais, utilizando, à semelhança da 1ª parte, correspondente ao 1º Período: 1945 a 1958, uma estrutura temporal, com início no período anterior à concepção, seguida pela apresentação dos temas relativos à geração, à criação e, por último, à educação das crianças em idade pré-escolar.

III.4. PRÁTICAS DE MATERNIDADE – 2º PERÍODO: 1994 a 2007

Apesar da constatação de que não há uma mãe perfeita, nem um modelo único de maternidade, existem um conjunto de regras subjacentes ao exercício da função maternal, que vão ser objecto de divulgação nas revistas. É precisamente a essas regras que passaremos a fazer referência, dando também conta, sempre possível, da forma como são recebidas pelas mães.

617 Pires, D. F. (2000, Setembro). Índice de temas da PAIS&Filhos [Carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 8.

618 Brandão, H. (2004, Julho). Direitos das mães [Carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 8-10.

619 Gonçalves, A. (1996, Maio). Educar [carta ao editor]. *Crescer*, 98.

III.4.1. Gerar

Em consequência da difusão de métodos contraceptivos de alta eficácia a maternidade deixa de ser algo imposto, no sentido em que resulta de uma decisão pessoal, passando a ter um carácter voluntário. Ou seja, nos nossos dias, para a maioria das mulheres ser mãe é algo que se escolhe, que se planeia, tendo-se filhos se se quer e quando se quer.

O facto da decisão de ser mãe se ter transformado numa escolha tem, como não podia deixar de ser, importantes implicações no discurso dos autores. Uma das consequências é a importância atribuída ao planeamento da gravidez.

III.4.1.1. Planeamento da gravidez

A transformação da maternidade numa escolha pessoal acarreta para as mães uma maior responsabilização, designadamente no que diz respeito à escolha do momento em que decidem ter um filho. O planeamento da gravidez, assume, no discurso dos autores, especial importância, porque permite assegurar que o pai e, sobretudo, a mãe, se encontram preparados, possuindo as condições julgadas necessárias para levar a cabo a tarefa de criar e educar uma criança:

O importante é sentir-se preparada para a chegada de um bebé, um ser pequenino que vai mudar a sua vida radicalmente e encher os seus dias com as doçuras indescritíveis da maternidade. Só você é que pode saber se está preparada. Quer ajuda? Então tente responder a si própria, com sinceridade, às seguintes perguntas. Como está a sua saúde? A situação financeira da família é boa? O seu relacionamento é estável? Os planos de uma carreira profissional serão afectados pela gravidez? Como é que se sente consigo própria?⁶²⁰

620 Anónimo (1996, Janeiro). Não existe idade certa para ser mãe. *Crescer*, 14-17.

Apesar das questões se dirigirem, no excerto acima transcrito, às potenciais mães, os autores consideram que esta é uma decisão que deve ser tomada preferencialmente a dois, depois de se avaliar devidamente, em conjunto, se estão reunidas as condições necessárias para gerar e trazer ao mundo uma criança.

*Gastos para receber o bebé*⁶²¹ - Um dos aspectos mencionados é o custo económico de um filho: “Ter um bebé implica sempre custos para a carteira dos pais, muitos dos quais serão bem maiores do que poderia imaginar. Informe-se e prepare-se”⁶²². As mães são aconselhadas a prepararem-se para “investimentos de vulto”⁶²³, como os que a seguir se descrevem e que têm início não no momento em que nasce o bebé, mas sim quando a mulher suspeita de uma possível gravidez:

As suas despesas começam logo no momento em que faz o dito teste de gravidez (...) Logo aqui, é possível que gaste entre 1.000\$00 a 3.000\$00, dependendo da farmácia e do tipo de teste. Nos meses que se irão seguir, a conta soma e segue em consultas, suplementos vitamínicos, suplementos de ferro, ecografias, etc. No que diz respeito às consultas e às ecografias, tudo dependerá do regime de Segurança Social que se tem e se estas são ou não participadas. Caso opte por fazer tudo particularmente, prepare-se para gastar entre 10.000\$00 a 15.000\$00 por consulta (em princípio precisará, no mínimo, de cinco a seis consultas) e mais 10.000\$00 a 13.000\$00 por ecografia (é provável que precise de fazer três ou quatro durante os nove meses). Se juntar a esta conta já «choruda» os tais suplementos vitamínicos, que custam cerca de 2.000\$00 por frasco e se gastam em menos de dois meses e ainda as análises que o seu médico assistente vai, certamente, prescrever-lhe (e que podem custar um verdadeiro «balúrdio» - entre 40.000\$00 a 60.000\$00 - se não tiver nenhuma participação), chegará a uma «quantia módica» aproximada de 150.000\$00. Isto só em «coisas» absolutamente indispensáveis!⁶²⁴

A estas despesas *indispensáveis* há que juntar os gastos com o vestuário de pré-

621 Anónimo (2002, Novembro). Gastos para receber o bebé. *Crescer*, 3.

622 Esteves, A. (2004, Maio). Gravidez é tempo de... *PAIS&Filhos*, 17-20.

623 Baptista, I. B. (1998, Julho). Quanto custa um bebé. *PAIS&Filhos*, 12-13.

624 *Ibid.*

mamã, com os cremes essenciais para “cumprir” os chamados ‘mandamentos estéticos’⁶²⁵, com as aulas de preparação para o parto e, no caso de se optar por um hospital particular, com o parto propriamente dito.

Para além das despesas com a mãe, são referidas ainda as despesas relativas ao bebé, no que diz respeito à saúde, consultas de pediatria, aos custos associados à frequência de uma creche ou de um jardim de infância, assim como aqueles gastos inevitáveis quer com bens renováveis, tais como fraldas, toalhetes e produtos higiene, quer com bens duradouros, cadeira auto, mobiliário e carrinho, entre outros:

Equipamento: Berço - 53,90; Banheira - 27,97; Carrinho - 194,00; Cadeira-auto - 194,00; 3 lençóis de cima - 9,93; 3 lençóis de baixo - 9,93; Mantinha - 10,97; Vestidor - 15,90; Caixa de música - 12,90

Acessórios: Bolsa - 25,90; Panela com biberões - 50,00; 2 chuchas - 4,45; 5 tetinas - 4,58; Termómetro para banho - 3,79; 3 fraldas de pano - 5,00; Tesoura - 3,44; 6 babetes - 47,70; Pacote de fraldas - 16,46

Roupa e higiene: 10 bodys - 39,50; 6 babygrows - 59,70; 3 pares de botinhas de lã - 7,95; Xaile - 17,46; Macaco impermeável - 24,95; Creme gordo - 3,29; Sabonete neutro - 2,64; Toalhetes - 4,38; Minidoses de soro fisiológico - 3,99⁶²⁶

Apesar dos somatórios resultantes destas contas parecerem ter com principal função assustar os futuros pais, as mulheres são aconselhadas a não se deixarem intimidar, pensando antes nas recompensas afectivas inerentes à maternidade:

Se, nesta fase do campeonato, está abismada com o número de algarismos que vê na máquina de calcular, o melhor é arrumá-la na gaveta e tentar não pensar mais no assunto. Até porque, gastem os pais o dinheiro que gastarem, o mais importante é pensarem que todos os investimentos devem fazer-se, sobretudo, ao nível dos afectos. Porque aí poderão, realmente, ter taxas de juro altíssimas e

625 Baptista, I. B. (1998, Julho). Quanto custa um bebé. *PAIS&Filhos*, 12-13.

626 Anónimo (2002, Novembro). Gastos para receber o bebé. *Crescer*, 3.

um rendimento que lhes dará para viverem felizes o resto das suas vidas.⁶²⁷

Assegurado o amor e o dinheiro, coloca-se a questão da *hora certa* para ter um filho. A esta preocupação, patente nas revistas analisadas, não será alheio o adiamento da maternidade, cada vez mais frequente na nossa sociedade, para a faixa etária dos 30-40 anos, atribuído ao crescente desejo, por parte das mulheres, de possuírem uma carreira profissional que as satisfaça:

As enormes mudanças sociais e económicas nas últimas décadas permitiram não só uma esperança de vida aumentada como uma imagem diferente da mulher. Dantes ela realizava-se somente como esposa e mãe, consumindo a maior parte da sua vida adulta a cuidar das crianças. Esta atitude modificou-se quando a mulher se apercebeu da possibilidade de construir simultaneamente uma família e uma carreira profissional. Por isso, muitas mulheres estão a casar mais tarde e a atrasar ou espaçar as suas gravidezes até aos 30-40 anos, quando atingem um determinado grau de sucesso na sua profissão ou de estabilidade no seu casamento.⁶²⁸

Embora seja consensual que uma gravidez na adolescência não é desejável, para bem quer da adolescente quer da criança, a partir dos 20 anos é considerado que “não existe idade certa para ser mãe”,⁶²⁹ devendo ser uma decisão ponderada pelo casal.

Assim, e de forma a auxiliar os pais nesta tarefa, dado que “cada casal deve, tendo em conta as suas particularidades, encontrar a idade ideal para ter filhos”,⁶³⁰ os autores vão divulgar informação sobre as vantagens e as desvantagens associadas à maternidade em determinada faixa etária.

*Aos 20 o auge do vigor físico*⁶³¹ - Considerado, no que diz respeito ao aspecto fisiológico, como o período ideal para ser mãe – “existe uma certa unanimidade em relação àquilo que se considera ser fisicamente a idade ideal para ser mãe, ou seja, entre

627 Baptista, I. B. (1998, Julho). Quanto custa um bebé. *PAIS&Filhos*, 12-13.

628 Matos, I. (1994, Março). A gravidez aos 40 anos: Sim ou não? *PAIS&Filhos*, 61.

629 Anónimo (1996, Janeiro). Não existe idade certa para ser mãe. *Crescer*, 14-17.

630 Silva, C. R. (1999, Abril). Gravidez aos 20, 30 e 40. *PAIS&Filhos*, 10-11.

631 Anónimo (1996, Janeiro). Não existe idade certa para ser mãe. *Crescer*, 14-17.

os 22 e os 29 anos”⁶³² – considera-se que, em termos profissionais e emocionais, a mulher desta faixa etária poderá ainda não estar preparada para exercer, de uma forma adequada, a função maternal.

No que diz respeito à vida profissional, este é o momento em que a mulher está a iniciá-la, podendo “não se sentir segura tanto do ponto de vista económico, como do trabalho”⁶³³. Relativamente à estabilidade emocional, considera-se que nesta idade as “relações afectivas não são, regra geral, muito estáveis e ainda há, em muitos casos, uma dependência financeira dos pais”⁶³⁴.

Para além destas desvantagens, considera-se que as mulheres entre os 20 e os 29 anos possuem um estilo de vida nem sempre compatível com a maternidade, possuindo hábitos alimentares que “nem sempre são os mais saudáveis”⁶³⁵, mantendo a “maior parte das mulheres (...) uma vida social agitada, continuando por exemplo a sair à noite”⁶³⁶, o que poderá “dificultar a adaptação às exigências da maternidade”⁶³⁷. É ainda referida, neste contexto, a impossibilidade das mulheres desta faixa etária poderem contar com o apoio dos avós, “que podem ter um papel fundamental no desenvolvimento da infância precoce”⁶³⁸, pois “de um modo geral, estes ainda se encontram a trabalhar”⁶³⁹.

Em suma, embora seja claramente vantajoso, em termos biológicos, ser mãe entre os 20 e os 29 anos, esta não parece ser, na opinião dos autores, a idade ideal, dadas as desvantagens em termos profissionais, económicos e emocionais que lhe estão associadas.

*30 anos, a era de serenidade*⁶⁴⁰ - Tal como foi anteriormente referido, esta parece ser, na actualidade, a idade escolhida por um número crescente de mulheres para serem mães, sendo inclusivamente apontada “uma tendência mundial de crescimento do

632 Silva, C. R. (1999, Abril). Gravidez aos 20, 30 e 40. *PAIS&Filhos*, 10-11.

633 Anónimo (1996, Janeiro). Não existe idade certa para ser mãe. *Crescer*, 14-17.

634 Silva, C. R. (1999, Abril). Gravidez aos 20, 30 e 40. *PAIS&Filhos*, 10-11.

635 *Ibid.*

636 *Ibid.*

637 *Ibid.*

638 Matos, I. (1994, Março). A gravidez aos 40 anos: Sim ou não? *PAIS&Filhos*, 61.

639 Silva, C. R. (1999, Abril). Gravidez aos 20, 30 e 40. *PAIS&Filhos*, 10-11.

640 Anónimo (1996, Janeiro). Não existe idade certa para ser mãe. *Crescer*, 14-17.

número de mulheres que têm o primeiro filho a partir dos 30 anos”⁶⁴¹.

O facto de este ser considerado o momento que a mulher já conseguiu consolidar a sua carreira, sentindo-se, por isso, “mais estável e segura na sua vida profissional”⁶⁴², em que já se “passou a fase de agitação social e as responsabilidades da maternidade são encaradas com maior prazer”⁶⁴³, em que se é “mais paciente e aceita-se melhor a maneira como a gravidez e o próprio parto decorrem”⁶⁴⁴ é considerado um indicador de que ser mãe aos 30 é mais vantajoso, se tivermos em conta os factores emocionais e profissionais, do que aos 20 anos. Como conta Olga, em *Crescer*, uma advogada que decidiu engravidar aos 30 anos, numa altura em que “vive um bom momento profissional, tem um casamento feliz e desfruta de uma situação económica estável”⁶⁴⁵: “estou mais madura do que aos 20 anos e pronta para me adaptar à chegada do bebé”⁶⁴⁶.

Contudo, apesar de ser classificada como a idade da *serenidade*, esta é também, a partir dos 35 anos, a idade em que se começa a considerar que se está perante uma *gravidez de risco*:

Os técnicos de saúde convencionaram, a nível internacional, designar como «gravidez de alto risco» a gestação de mulheres com mais de trinta e cinco anos, pois os estudos demonstram que, a partir desta idade, aumentam os riscos de anomalias cromossómicas, das quais o síndrome de Down (mongolismo) é um exemplo. (...) Existe ainda a hipótese de outras malformações congénitas, nomeadamente de foro cardiológico, do aparelho digestivo e do sistema nervoso central do bebé.⁶⁴⁷

A noção de gravidez de risco, introduz uma sub-divisão na faixa etária dos 30-39 anos, embora tal não seja claramente explicitado nos artigos analisados. Mais

641 Anónimo (1996, Janeiro). Não existe idade certa para ser mãe. *Crescer*, 14-17.

642 *Ibid.*

643 Silva, C. R. (1999, Abril). Gravidez aos 20, 30 e 40. *PAIS&Filhos*, 10-11.

644 *Ibid.*

645 Anónimo (1996, Janeiro). Não existe idade certa para ser mãe. *Crescer*, 14-17.

646 *Ibid.*

647 Silva, C. R. (1999, Abril). Gravidez aos 20, 30 e 40. *PAIS&Filhos*, 10-11.

concretamente, embora os 30-39 anos seja, na opinião dos autores, a idade em que as mulheres se encontram melhor preparadas, do ponto de vista profissional, social e emocional, para serem mães, as mulheres com 35 anos ou mais encontram-se em clara desvantagem biológica, face àquelas com idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos.

Contudo, tal não parece ser um argumento que pese muito na decisão das mulheres já que o número de grávidas com mais de 35 anos, designadamente daquelas que espera o primeiro filho, tem vindo a aumentar:

Os especialistas dizem que as crianças devem nascer enquanto as mães são jovens. Mas a prática prega partidas à teoria. Contra todos os conselhos clínicos e estatísticos de fertilidade, cada vez mais mulheres têm filhos à beira dos 40. E não se arrependem da ousadia.⁶⁴⁸

*Riscos e delícias da gravidez aos 40*⁶⁴⁹ - Atribuída à importância concedida, pelas mulheres, à consolidação da sua carreira profissional, assim como ao número crescente de segundos casamentos, a gravidez depois dos 40 parece ser uma realidade cada vez mais frequente.

Embora as mães pertencentes a esta faixa etária sejam descritas de uma forma muito positiva, sendo caracterizadas como mais sensatas, mais calmas, mais disponíveis, mais seguras do que as suas companheiras mais jovens, com melhores condições para criar e educar uma criança, designadamente no que diz respeito à estabilidade profissional e emocional – “os pais menos jovens tenderão a ser mais equilibrados, com maiores recursos financeiros, tudo contribuindo para um bom nível de cuidados prestados à criança”⁶⁵⁰ – engravidar, nesta idade, pode revelar-se uma tarefa mais difícil do que em idades anteriores: “Como as mulheres nascem com todos os óvulos pré-determinados e os ovários (como qualquer órgão) vão envelhecendo, o processo pode comprometer a qualidade dos óvulos e a sua capacidade de serem

648 Garcia, R. (2006, Maio). Ser mãe aos 40. *PAIS&Filhos*, 64-67.

649 Anónimo (1996, Janeiro). Não existe idade certa para ser mãe. *Crescer*, 14-17.

650 Matos, I. (1994, Março). A gravidez aos 40 anos: Sim ou não? *PAIS&Filhos*, 61.

fertilizados ou viáveis”⁶⁵¹.

Para além da dificuldade em conseguir engravidar, as mulheres também terão que ter presente que esta é uma idade em que todos os cuidados são poucos, devendo a gravidez ser alvo de uma especial vigilância médica, dado que a probabilidade de ocorrerem doenças maternas e fetais aumenta consideravelmente. Os partos, para estas mulheres, também costumam ser mais difíceis e prolongados, existindo uma maior percentagem de cesarianas: “Depois dos 40, o parto tende a tornar-se mais difícil e sofrido, tanto para a mãe como para o bebé. As contracções são mais fracas e a cesariana é comum nesta faixa etária”⁶⁵².

Contudo, mais do que a idade, o essencial é que a mulher se sinta preparada para dar este passo tão importante na sua vida, que deve resultar de uma decisão pessoal, informada e consciente.

*A hora certa para ter um filho é quando a mulher quer tê-lo*⁶⁵³ - Embora haja, tal como anteriormente referido, um aumento dos riscos numa gravidez tardia e de as mulheres serem aconselhadas a “pesar todos os riscos antes de tomar a decisão de adiar uma gravidez”⁶⁵⁴, os autores consideram que a idade não deve ser motivo para desaconselhar uma mulher a ser mãe.

Esta é considerada uma decisão pessoal, que deve ser tomada de uma forma consciente e depois de devidamente pesados os prós e os contras, únicos para cada casal, da maternidade/paternidade num período específico da sua vida.

III.4.1.2. Cuidados pré-concepcionais

Tomada a decisão de ter um filho, o passo seguinte consistirá em assegurar-se que o corpo se encontra preparado para uma gravidez, ou seja, se o estado de saúde é favorável ao bom desenrolar da mesma. Neste processo, a consulta pré-concepcional é

651 Anónimo (2004, Setembro). Gravidez tardia sem complicações. *Crescer*, 16-18.

652 *Ibid.*

653 *Ibid.*

654 Matos, I. (1994, Março). A gravidez aos 40 anos: Sim ou não? *PAIS&Filhos*, 61.

considerada como imprescindível para assegurar que tudo correrá da melhor forma possível:

Se está a pensar em engravidar, tenha todos os cuidados para que a gravidez e o parto sejam um sucesso. O primeiro passo é a consulta pré-concepcional onde ficará a saber se o seu organismo está realmente a postos para esses nove meses tão especiais.⁶⁵⁵

Consulta pré-concepcional - A consulta pré-concepcional é “universalmente considerada indispensável”⁶⁵⁶, na programação da “evolução favorável de uma futura gravidez”⁶⁵⁷, uma vez que a sua principal finalidade é a investigação cuidadosa do estado de saúde da mãe, assim como a detecção de eventuais problemas que poderão comprometer quer a sua saúde, quer a do bebé.

É com este objectivo em mente que se recomenda aos pais que despistem eventuais doenças e problemas, antes de parar a contraceção, tais como: a existência de doenças crónicas que podem afectar a mãe durante a gravidez - diabetes, hipertensão e disfunção da tiroideia, entre outras; doenças venéreas - sífilis, papiloma vírus e SIDA; ou ainda doenças teratogénicas, como a rubéola e a toxoplasmose, capazes de causar danos ao feto, “de malformações físicas a lesões cerebrais”⁶⁵⁸.

A identificação destas doenças permite, nos casos em que tal é possível, corrigir as patologias identificadas “antes que a mulher engravide, de molde a que a sua gestação decorra sem riscos”⁶⁵⁹. Neste caso encontram-se a rubéola ou a hepatite B, doenças contra as quais a mulher pode ser imunizada, ou a toxoplasmose, possível de evitar se a mulher tiver alguns cuidados preventivos: “no caso da toxoplasmose, não existe forma de imunização, mas pode evitar os riscos de contaminação não mexendo na areia do gato e nunca comendo carnes mal passadas ou cruas”⁶⁶⁰.

655 Matos, I. (1994, Novembro). A consulta pré-concepcional. *PAIS&Filhos*, 30-32.

656 *Ibid.*

657 Matos, I. (1997, Agosto). A gravidez normal. *PAIS&Filhos*, 16-17.

658 Anónimo (2005, Fevereiro). Pais previdentes, filhos saudáveis. *Crescer*, 12-14.

659 Matos, I. (1994, Novembro). A consulta pré-concepcional. *PAIS&Filhos*, 30-32.

660 Anónimo (2005, Fevereiro). Pais previdentes, filhos saudáveis. *Crescer*, 12-14.

A determinação do grupo sanguíneo dos pais também é realizada no exame pré-natal. Contudo, a detecção de incompatibilidade de Rh assume apenas um carácter preventivo já que este é um problema de fácil solução: “Conhecendo o factor sanguíneo da mãe, o médico administra duas injeções de imunoglobulina Rh, que destrói as células sanguíneas positivas presentes na circulação materna, evitando a formação de anticorpos”⁶⁶¹.

Tomada a decisão de ter um filho e asseguradas as condições para realizar esse desejo, as mães devem tomar um especial cuidado com a sua saúde de forma a garantir que o seu corpo está preparado para acolher o bebé, através da adopção de um estilo de vida saudável. Neste sentido, são aconselhadas a ingerir determinados alimentos e a abandonar hábitos nocivos para a criança, como é o caso do tabagismo ou do consumo de drogas.

No que diz respeito à alimentação é realçada a importância das vitaminas, sobretudo da vitamina B9, habitualmente designada de ácido fólico, dado o seu papel na prevenção de diversos problemas como é o caso, por exemplo, da espinha bífida:

Descoberto na década de 40 na folha do espinafre, não despertou grande interesse científico até cerca dos anos 70, altura em que ganhou importância graças às numerosas investigações que demonstraram a sua capacidade de intervenção em processos metabólicos e psíquicos. (...) Recentemente, o húngaro Andrew Czeizel conseguiu provar a eficácia do ácido fólico na prevenção dos defeitos do Tubo Neural. O estudo do investigador (...) no qual participaram cerca de 5500 grávidas, concluiu que o uso de um suplemento vitamínico com 0,8mg de ácido fólico reduz o número de bebés com malformação do tubo neural, assim como do trato urinário e do sistema cardiovascular, além de diminuir os sintomas de enjoos no primeiro trimestre da gravidez. O estudo concluiu ainda que a vitamina restringe a incidência de partos prematuros e melhora a qualidade do leite materno.⁶⁶²

Outro aspecto que preocupa os autores é a obesidade das mães, dado que esta

661 Anónimo (2005, Fevereiro). Pais previdentes, filhos saudáveis. *Crescer*, 12-14.

662 Anónimo (2004, Novembro). A importância do ácido fólico. *PAIS&Filhos*, 30.

pode afectar a sua fertilidade e aumentar os riscos de ocorrência de problemas de saúde durante a gravidez. Neste sentido, é recomendado às mulheres com “alterações do peso adequado à altura”⁶⁶³, quer por excesso, quer por defeito, o seguimento de um regime alimentar específico, prescrito pelo médico, no sentido de corrigir essa situação antes de engravidarem.

As mães são ainda aconselhadas a abandonarem o “uso do tabaco (...), medicamentos perigosos ou drogas”⁶⁶⁴. No que diz respeito ao tabaco, as mulheres são informadas dos efeitos nefastos que este tem na saúde do bebé, assim como nos níveis de fertilidade, quer do homem, quer da mulher:

As mulheres que fumam demoram mais tempo a engravidar e as probabilidades de conceber decrescem cerca de 40% em cada ciclo.

Tanto homens como mulheres fumadores têm respostas menos positivas a tratamentos de fertilidade.

Os homens que fumam ganham o dobro das probabilidades de vir a ter problemas de infertilidade ou de produzir esperma com ADN afectado (damaged)

Verifica-se uma maior incidência de abortos espontâneos nas mulheres que fumam.⁶⁶⁵

Assegurado o estado de saúde de ambos os pais, o passo seguinte consiste na concepção da criança e na posterior confirmação da gravidez.

III.4.1.3. Concepção e confirmação da gravidez

O planeamento da gravidez que, como anteriormente referido, se inicia pela escolha da altura mais apropriada para ter um filho, estende-se também à identificação do momento da concepção e à adopção de estratégias favoráveis à sua realização, que incluem aspectos como os dias mais adequados para ter relações sexuais e,

663 Matos, I. (1997, Agosto). A gravidez normal. *PAIS&Filhos*, 16-17.

664 Matos, I. (1994, Novembro). A consulta pré-concepcional. *PAIS&Filhos*, 30-32.

665 Anónimo (2004, Maio). Tabaco reduz as hipóteses de ter filhos. *PAIS&Filhos*, 32.

inclusivamente, à descrição da forma como estas devem decorrer:

Chegou a hora de planear um bebé... por isso, aqui ficam algumas dicas preciosas.

Fique atenta ao momento em que ocorre a sua ovulação, pois estará mais apta a planear a concepção, mantendo relações sexuais durante a fase mais fértil do seu ciclo;

O ideal é ter relações sexuais tão próximas quanto possível da ovulação. Se não tiver a certeza do dia, tenha relações pelo menos de 48 em 48 horas durante os três ou quatro dias antes ou depois da data provável. (...);

Adopte a posição vulgarmente conhecida como a “do missionário”, já que esta pode aumentar as hipóteses de o sémen do seu parceiro alcançar um óvulo não fertilizado, porque permite uma penetração mais profunda e o sémen é ejaculado o mais perto possível da entrada do útero;

Fique a saber que se após o acto sexual permanecer deitada de costas, com uma almofada por baixo das nádegas, durante cerca de 20 minutos, o sémen ficará mais tempo e em maior quantidade dentro do seu corpo.⁶⁶⁶

Tomados todos estes cuidados resta esperar para saber se o objectivo foi alcançado, ou seja, se ocorreu a fecundação. Para tal, a mulher deve estar atenta a um conjunto de sinais, que os autores têm a preocupação de descrever:

Há vários sinais que lhe indicam que pode estar grávida. Há mulheres que afirmam ter sabido imediatamente que estavam grávidas desde o momento da concepção. Segundo elas sentiram-se logo diferentes. Outras afirmaram ter tido imediatamente uma sensibilidade muito especial para os cheiros, um sabor metálico na boca e uma sensação como se o período estivesse para aparecer. Mas há muitas mulheres para quem estes sintomas não significam nada, tendo de confiar unicamente no resultado que os testes lhes ditam.⁶⁶⁷

A realização de um teste de gravidez é, de facto, a forma mais rápida de a

666 Anónimo (2005, Abril). A explosão da vida. *Crescer*, 18-19.

667 Anónimo (1996, Novembro). Nove meses não é tempo demais! *PAIS&Filhos*, 18-22.

confirmar. Adquiridos facilmente, numa farmácia ou na maioria dos hipermercados, podem ser realizados em casa, sendo contudo as mulheres alertadas para a sua fiabilidade, designadamente no que diz respeito aos *falsos negativos*:

Num teste de gravidez de compra, os falsos negativos são frequentes; em contrapartida, quando os resultados são positivos, isso significa que está realmente grávida. Por conseguinte, se suspeita que está, mas o resultado foi negativo, repita o teste uns dias mais tarde.⁶⁶⁸

O momento de confirmação da gravidez é também o momento em que a mãe deve iniciar a vigilância médica e realizar um conjunto de exames a fim de verificar se tudo está a decorrer dentro da normalidade.

III.4.1.4. Vigilância médica na gravidez

A vigilância médica é considerada essencial para o bom desenvolvimento da gravidez, como se explica num artigo sugestivamente intitulado *Está a fazer o que deve?*:

Assim que descobrir que está grávida, marque uma consulta com o seu ginecologista. Portanto, escusa de arranjar desculpas ou deixar passar o tempo. Análises, ecografias, contagem de movimentos fetais são exames indispensáveis para a sua saúde e do bebé, bem como para que a gravidez prossiga sem percalços.⁶⁶⁹

Sendo o acompanhamento médico uma realidade para a maioria das grávidas – “nos dias que correm, já todas as gravidezes têm um bom acompanhamento médico”,⁶⁷⁰ - este desempenha um papel fundamental na garantia da saúde da grávida e da criança.

668 Anónimo (2007, Fevereiro). Testes quase fiáveis. *Crescer*, 7.

669 Anónimo (2006, Março). Está a fazer o que deve? *Crescer*, 10-11.

670 Cabral, R. (1995, Outubro). Comer por dois. *PAIS&Filhos*, 44-45.

Neste sentido, é realçada a importância do estabelecimento, durante o período da gravidez, de “um vínculo forte e saudável”⁶⁷¹ entre médico e paciente:

Ao longo de um contacto permanente, que se prolonga além dos nove meses de gravidez, esse profissional desempenhará um papel significativo. Mas fique atenta: ele deve não apenas tratar da saúde da paciente como também esclarecer dúvidas e amenizar angústias muito comuns nesse período. Por isso, os dois - obstetra e grávida - precisam, no mínimo, de se entender nalguns pontos fundamentais. O que nem sempre é fácil. A escolha desse “companheiro de estrada” depende da empatia, bom senso e também da observação de alguns critérios básicos.⁶⁷²

Assim sendo, o *bom obstetra* é aquele que inspira empatia e confiança, que conversa, que ouve “com atenção, paciência e sem pressa”⁶⁷³, que está disponível para ser contactado em caso de emergência e para esclarecer todas as dúvidas que assaltam a grávida, sendo ainda salientada a importância de possuir “pontos de vista compatíveis”⁶⁷⁴ com a futura mãe. Ou seja, para além do óbvio acompanhamento médico da gravidez, o obstetra tem ainda a função de funcionar como um elemento securizante, auxiliando a mãe a ultrapassar as inseguranças tidas como próprias deste período: “este especialista será imprescindível para despistar e tratar qualquer problema, indicar cuidados dietéticos e suplementos vitamínicos e até para ajudar a superar qualquer insegurança”⁶⁷⁵.

Contudo, não é só o médico que tem deveres para com a grávida. Assim, tal como é indicado à mulher o que deve esperar de um *bom médico*, também se descreve o que o médico espera de uma *boa mãe*:

O que o obstetra espera que a paciente...

converse abertamente sobre a sua história clínica, rotina e fale também sobre os

671 Anónimo (1996, Março). O parceiro da sua emoção. *Crescer*, 14-17.

672 *Ibid.*

673 *Ibid.*

674 *Ibid.*

675 Anónimo (2005, Fevereiro). Pais previdentes, filhos saudáveis. *Crescer*, 12-14.

seus temores;

não omita dados importantes como automedicação, consumo de álcool, tabaco ou drogas;

nunca falte às consultas de rotina nem deixe de fazer os exames indicados;

telefone-lhe, mesmo que seja para casa, quando não puder realmente esperar por orientação no dia seguinte. Ou seja: em caso de hemorragia, fortes dores abdominais ou perda de líquidos;

anote as dúvidas que aparecem durante o mês e apresente-se no dia da consulta;

saiba colocar claramente a sua preferência sobre o tipo de parto desejado.⁶⁷⁶

Definidos os papéis, quer do médico quer da mãe, e depois de escolhido um profissional com quem a grávida seja capaz de estabelecer uma relação empática, esta deve depositar nele toda a confiança: “confie na experiência do seu obstetra e tudo correrá bem”⁶⁷⁷.

Uma parte essencial dessa confiança é revelada pelo cumprimento rigoroso das instruções médicas. Ou seja, a importância do *cumprimento do programa médico*⁶⁷⁸ é realçada, sendo acompanhada pela desvalorização do aconselhamento informal, responsável pela transmissão de um conjunto de *mitos* sobre a gravidez, sem qualquer veracidade: “há muitos mitos associados à gravidez, razão pela qual se deve distinguir os bons conselhos daqueles que só servem para a confundir”⁶⁷⁹.

Embora não exista consenso em relação ao número de vezes que as grávidas devem consultar o médico – enquanto alguns defendem que “cinco a seis consultas seriam suficientes”⁶⁸⁰, outros médicos consideram “indispensável uma consulta mensal ou até, no último trimestre, quinzenal (entre as 30 e 36 semanas) ou semanal (entre as 37 e 42 semanas)”⁶⁸¹ – em relação ao seu conteúdo parecem não existir divergências como explica a obstetra Isabel de Matos:

676 Anónimo (1996, Março). O parceiro da sua emoção. *Crescer*, 14-17.

677 Natividade, M. (1994, Janeiro). Nove meses deitada. *PAIS&Filhos*, 52-55.

678 Anónimo (2006, Março). Está a fazer o que deve? *Crescer*, 10-11.

679 *Ibid.*

680 Matos, I. (1997, Agosto). A gravidez normal. *PAIS&Filhos*, 16-17.

681 *Ibid.*

Todos estão de acordo, contudo, nos procedimentos a efectuar em cada consulta: vigiar a evolução ponderal, medir a pressão arterial, avaliar a medida da altura do fundo uterino, fazer auscultação dos batimentos cardíacos fetais (a partir das 12 semanas), excluir infecções genitais. E ainda:

- Repetir o teste da Toxoplasmose (cada dois meses) se a primeira determinação foi negativa.
- Às 28 semanas, nas mulheres Rh negativas, proceder a profilaxia da isoimunização, fazendo administração da gamaglobulina anti-D.
- Efectuar, entre as 24-28 semanas, o rastreio da diabetes gestacional.
- Requisitar exames de sangue e urina, tais como: hemograma, estudo da coagulação, sorologia para a sífilis e HIV, teste de Coombs indirecto, etc.
- E sempre, metodicamente, excluir patologias que transformem essa «gravidez normal» em «gravidez de risco».
- Às 40 semanas de gestação, efectuar o primeiro registo cardiotocográfico (CTG) e repetir semanalmente até o bebé nascer (no máximo até às 42 semanas), se estiver normal.⁶⁸²

Tal como referido no texto acima transcrito as mulheres são sujeitas, durante a gravidez, a um conjunto de exames de forma a averiguar o estado de saúde da mãe e do feto. De entre estes recursos destaca-se o exame ecográfico, “instrumento indispensável à vigilância da gravidez”⁶⁸³ e que possibilita “acompanhar, de um modo eficiente e minucioso, cada pequeno instante de uma nova vida, praticamente a partir da concepção”⁶⁸⁴. A ecografia representa, assim, uma evolução na capacidade diagnóstica, permitindo identificar e até resolver problemas que anteriormente não tinham solução, contribuindo para a diminuição dos “terríveis números da mortalidade perinatal em Portugal nos anos 70 e 80”⁶⁸⁵.

*A maravilha da ecografia*⁶⁸⁶ - Definida como “uma técnica que pode ser usada por via vaginal e/ou abdominal (...) e que possibilita a visualização do feto, placenta,

682 Matos, I. (1995, Outubro). O perfil biofísico. *PAIS&Filhos*, 74.

683 Amorim, M. J. (2005, Junho). Retrato pré-natal. *PAIS&Filhos*, 21-22.

684 Anónimo (1994, Julho). As maravilhas da ecografia. *Crescer*, 24-27.

685 Amorim, M. J. (2007, Dezembro). O lado B das ecografias. *PAIS&Filhos*, 28-32.

686 Anónimo (1994, Julho). As maravilhas da ecografia. *Crescer*, 24-27.

líquido amniótico, cordão umbilical e estruturas pélvicas maternas”⁶⁸⁷, este exame permite avaliar se o desenvolvimento está a ocorrer normalmente, assim como identificar possíveis anomalias ao nível dos órgãos:

O objectivo é visualizar o feto praticamente como se ele estivesse fora do útero, assim como os seus órgãos internos. Desta forma, é possível avaliar a posição exacta, o ritmo de crescimento e a vitalidade do bebé, além de detectar malformações anatómicas e alguns males genéticos.⁶⁸⁸

Atractiva e securizante para as mães, que assim podem observar o seu bebé e, como testemunha uma mãe, ir “acompanhando o que se passa lá dentro”⁶⁸⁹, podem também ser causadoras de alguma ansiedade, designadamente quando “algo *parece* que está errado”⁶⁹⁰:

Manuel Hermida, director do serviço de Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta (HGO), especialista em ecografias, reconhece que o poder da técnica é grande. Para o bem e para o mal. A questão dos falsos positivos merece reflexão, pela ansiedade «nada benéfica» que criam, mas não deve ser vista como um sinal do falhanço da tecnologia.⁶⁹¹

Outro aspecto abordado diz respeito à segurança das ecografias, que começa a ser posta em causa. A questão que se coloca não tem a ver com a realização deste exame, mas sim com o número de ecografias que as mulheres deverão realizar durante a gravidez, ou seja, com o “uso demasiado frívolo”⁶⁹² desta técnica, potenciada pelo “aparecimento de empresas particulares que oferecem imagens de ecografias em CD e em DVD apenas como recordação”⁶⁹³.

Este é um assunto alvo de alguma controvérsia. Enquanto alguns autores referem

687 Hermida, M. (2003, Fevereiro). Revelações de uma ecografia. *PAIS&Filhos*, 30-33.

688 Anónimo (1997, Dezembro). Com toda a segurança. *Crescer*, 18-20.

689 Amorim, M. J. (2005, Junho). Retrato pré-natal. *PAIS&Filhos*, 21-22.

690 Amorim, M. J. (2007, Dezembro). O lado B das ecografias. *PAIS&Filhos*, 28-32.

691 *Ibid.*

692 Leistner/Eltern, M. (1994, Janeiro). Ecografia: Como é que ele se entretém na barriga da mãe! *PAIS&Filhos*, 16-18.

693 Anónimo (2007, Abril). Ecografias: Não convém abusar. *PAIS&Filhos*, 33.

que “a ecografia (...) não tem contra-indicações”⁶⁹⁴, afirmando, inclusivamente, que em “casos de gravidez de risco, chegam a ser feitas ecografias todos os dias”⁶⁹⁵, outros citam estudos que põem em causa, não a sua realização, mas sim a sua utilização excessiva:

Um estudo feito a 2834 mulheres grávidas num hospital australiano, revelou que as mulheres que pertenciam ao grupo que foi sujeito a ecografias mais frequentes (cinco ecografias durante a gravidez) tinham duas vezes mais probabilidades de dar à luz bebés pequeninos e de baixo peso que, por sua vez, desenvolviam com mais frequência problemas respiratórios. E concluíram que, afinal, a segurança da ecografia, quando utilizada com frequência, nunca foi estudada a sério.⁶⁹⁶

O facto de esta ser uma técnica, como anteriormente referido, muito atractiva para as mães é, pelo menos em parte, responsável pelo *uso frívolo* da ecografia. A exploração comercial desta técnica é alvo de crítica por parte dos autores que reprovam os técnicos que a utilizam desnecessariamente para “através de ‘fotografias’ e ‘vídeos’ facilmente amortizarem os aparelhos”⁶⁹⁷ ou ainda a existência de “verdadeiros estúdios fotográficos de fetos”⁶⁹⁸, possíveis graças à invenção da ecografia 3D, a que os pais recorrem “não por razões médicas, mas antes como forma de obterem uma fotografia e/ou uma gravação do seu feto”⁶⁹⁹.

As ecografias 3D permitem captar “com uma grande nitidez as feições do feto”⁷⁰⁰ e parecem estar a seduzir os pais que assim não só podem conhecer o seu filho mesmo antes dele nascer - “Há mesmo quem compare as ecografias tridimensionais com fotos do bebé recém-nascido e confirme as semelhanças”⁷⁰¹ – mas contribui, sobretudo, para que fiquem mais tranquilos, menos preocupados, com o estado do seu

694 Anónimo (1994, Julho). As maravilhas da ecografia. *Crescer*, 24-27.

695 *Ibid.*

696 Leistner/Eltern, M. (1994, Janeiro). Ecografia: Como é que ele se entretém na barriga da mãe! *PAIS&Filhos*, 16-18.

697 *Ibid.*

698 Amorim, M. J. (2005, Junho). Retrato pré-natal. *PAIS&Filhos*, 21-22.

699 *Ibid.*

700 Anónimo (1994, Julho). As maravilhas da ecografia. *Crescer*, 24-27.

701 Amorim, M. J. (2005, Junho). Retrato pré-natal. *PAIS&Filhos*, 21-22.

bebé. Como explica o médico Armando Pereira: “Às vezes, não basta dizermos a mãe que está tudo bem com o seu feto, ela precisa de ver. As imagens 3D dão-lhe alguma tranquilidade e isso é bom para a gravidez”⁷⁰².

Apesar deste lado securizante e do reconhecimento por parte dos médicos de que a parte emocional também é importante, a sua utilização excessiva não deixa de ser alvo de críticas, sendo aconselhada alguma prudência. Numa gravidez normal é recomendada, pela Direcção-Geral de Saúde, a realização de três ecografias, uma por trimestre, com objectivos distintos, consoante o tempo de gestação.

No primeiro trimestre, permite determinar o tempo de gestação e prever a data do parto, aspecto de particular importância, já que toda “a vigilância da gravidez é feita em função da idade gestacional”⁷⁰³, confirmar “o número de embriões e a sua localização no útero”⁷⁰⁴, e realizar o “rastreo biofísico de algumas anomalias cromossómicas”⁷⁰⁵. No segundo trimestre destina-se a avaliar “a formação dos órgãos e dos ossos do feto”⁷⁰⁶, assim como “a observação dos movimentos do bebé”⁷⁰⁷. Por último, no terceiro trimestre, permite confirmar “o padrão de crescimento”⁷⁰⁸ e mostrar a posição em que se encontra o bebé, dado importante atendendo à proximidade do momento do parto.

A ecografia permite ainda, a partir da 14^a/15^a semana de gestação, revelar o sexo do bebé, objecto até aí de um conjunto de “suposições, com base no formato da barriga da mãe e em outras teorias”⁷⁰⁹ ou seja, de mitos que “sobreviveram através da tradição oral e continuam a iludir muitas mulheres, especialmente as que se preparam para ser mães pela primeira vez”⁷¹⁰. Este exame constitui, no entanto, o único método fiável para a sua determinação, possibilitando assim que os pais antecipem a escolha “do

702 Amorim, M. J. (2005, Junho). Retrato pré-natal. *PAIS&Filhos*, 21-22.

703 Hermida, M. (2003, Fevereiro). Revelações de uma ecografia. *PAIS&Filhos*, 30-33.

704 Anónimo (2006, Março). A importância das ecografias. *Crescer*, 7.

705 Hermida, M. (2003, Fevereiro). Revelações de uma ecografia. *PAIS&Filhos*, 30-33.

706 Anónimo (2006, Março). A importância das ecografias. *Crescer*, 7.

707 *Ibid.*

708 *Ibid.*

709 Anónimo (2005, Abril). Menino ou menina: A gestação é diferente? *Crescer*, 22-23.

710 *Ibid.*

nome, das roupas e da decoração do quarto da criança”,⁷¹¹.

Contudo, apesar da importância assumida pelo exame ecográfico no decurso da gravidez, dado os desenvolvimentos em termos de diagnóstico precoce de eventuais malformações ou outros problemas, possibilitados pela utilização desta técnica, as mães são alertadas para o facto de uma ecografia normal não ser sinónimo de um bebé saudável:

A ecografia pode informar acerca de possíveis anomalias morfológicas físicas, mas não de defeitos congénitos de outra natureza (bioquímicos, metabólicos, genéticos, cromossómicos, etc.). Portanto, o resultado normal do exame ecográfico não dá garantia que o seu filho nasça sem doença ou atraso mental.⁷¹²

Para além deste factor, a capacidade diagnóstica de uma ecografia também pode ser afectada pela data de realização, “da qualidade do aparelho de ultrassons e da experiência do ecografista”,⁷¹³, ou seja, é reconhecido que mesmo para as anomalias que teoricamente a ecografia permite despistar, esta é uma técnica que tem limites. A mãe deve, pois, ser informada: “é fundamental que a grávida tenha noção dos limites das ecografias. No HGO [Hospital Garcia da Orta], as futuras mães assinam um consentimento informado que sublinha esse facto e alerta para a possível ansiedade que o exame desencadeia”,⁷¹⁴.

É de salientar que o cuidado em alertar as mães para a impossibilidade de prever se a criança irá nascer com problemas, em avisá-las de que “ainda não existe, hoje, nenhum exame que nos permita garantir a uma grávida que o seu feto está bem”,⁷¹⁵, aparece justamente no período em que, devido aos inúmeros avanços produzidos no campo da medicina, é possível não só identificar um conjunto muito mais alargado de problemas como inclusivamente de os resolver, ou seja, em que a maioria dos riscos “podem ser previstos e evitados”,⁷¹⁶.

711 Anónimo (2005, Abril). Menino ou menina: A gestação é diferente? *Crescer*, 22-23.

712 Hermida, M. (2003, Fevereiro). Revelações de uma ecografia. *PAIS&Filhos*, 30-33.

713 *Ibid.*

714 Amorim, M. J. (2007, Dezembro). O lado B das ecografias. *PAIS&Filhos*, 28-32

715 Hermida, M. (2003, Fevereiro). Revelações de uma ecografia. *PAIS&Filhos*, 30-33.

716 Anónimo (1996, Janeiro). Não existe idade certa para ser mãe. *Crescer*, 14-17.

Outro aspecto da vigilância médica é a prevenção, detecção e tratamento, quando possível, de doenças infecto-contagiosas que podem afectar a saúde do feto, entre as quais se encontram: a rubéola, que pela gravidade das suas consequências para o feto, constitui “no nosso país, uma das indicações para interrupção terapêutica da gravidez”⁷¹⁷; a toxoplasmose, evitável através de um especial cuidado com a alimentação; e, por último, a infecção por citomegalovírus, que apesar de praticamente assintomática nos adultos, tem um conjunto de efeitos nefastos no feto: “baixo peso à nascença, calcificações intracranianas, atraso mental e motor, cabeça de dimensões reduzidas (microcefalia), aumento do volume do fígado e do baço, icterícia”⁷¹⁸.

Para além das doenças referidas anteriormente, as mães são alertadas para um conjunto de problemas que podem surgir durante a gravidez, responsáveis pela transformação de uma gravidez normal numa gravidez de risco, em que se torna necessária uma vigilância médica mais frequente: “as consultas ao obstetra serão feitas com maior frequência e talvez sejam necessários cuidados especiais e um minucioso exame pré-natal”⁷¹⁹.

Apesar de este acompanhamento ser uma garantia de que se surgirem problemas existe uma maior probabilidade de serem detectados a tempo e, se possível, corrigidos, a identificação de uma gravidez de risco também pode acarretar “um aumento do risco psicológico para a mãe durante a gravidez e para o bebé após o nascimento”⁷²⁰. Mais concretamente, a insegurança e a ansiedade sentidas pela grávida podem influenciar de forma negativa a relação que estabelece, durante este período, com o seu bebé. Como explica a psicóloga Luísa Pedroso Lima, “este estigma de alto-risco tem alguns ingredientes que dificultam a relação mãe-bebé durante a gravidez, nomeadamente porque induz um sentimento de insegurança e de incompetência pessoal nas mulheres”⁷²¹.

Esta influência nefasta prolonga-se para além da gravidez. Mesmo nos casos em que o bebé nasce sem qualquer problema de saúde, o facto de ser também alvo de uma

717 Matos, I. (1998, Março). Incompatibilidade RH. *PAIS&Filhos*, 16.

718 Matos, I. (1999, Outubro). As infecções virais. *PAIS&Filhos*, 24-25.

719 Natividade, M. (1994, Janeiro). Nove meses deitada. *PAIS&Filhos*, 52-55.

720 Lima, L. P. (1995, Junho). A confiança em alto risco. *PAIS&Filhos*, 29-30.

721 *Ibid.*

vigilância médica mais apertada, faz com que se reünam “as condições para que a mãe confie pouco no bebê, o comece a sobre-proteger e a dificultar-lhe a autonomia”⁷²².

Uma vez que todas “as perspectivas teóricas sobre a relação da mãe com o bebê salientam a importância, desde a fase intra-uterina, da confiança no bebê e do sentimento de competência materno”⁷²³ as mães são aconselhadas, no caso de serem rotuladas como grávidas de risco, a desenvolverem a confiança no bebê e em si próprias:

E o que se pode fazer então face a esta situação? A receita é muito simples na teoria: acreditar no bebê e em si própria. Acreditar que, apesar de todas as peripécias, o seu bebê tem uma enorme vontade de viver. Não ceder à tentação de ter pena de si própria e rir-se com os seus pequenos dramas. Não guardar as suas angústias só para si e partilhá-las com amigas que já tenham tido bebês e com o médico.

E acredite no seu bom senso. É só com estas armas simples que pode contar neste combate duro e injusto.⁷²⁴

Face a esta situação, as mães, para além de tentarem manter-se confiantes de que tudo correrá bem, o que poderá ser facilitado pelo recurso a “apoio psicológico durante a gestação e no pós-parto”⁷²⁵, são aconselhadas a procurar informação sobre “medidas que ajudam a minimizar o risco”⁷²⁶, assim como sobre o que fazer no caso de existirem algumas complicações, para que tudo decorra o melhor possível, para a mãe e, é claro, para o bebê.

Para além de consultar regularmente o seu obstetra ou médico de família, a grávida deverá ainda ter o cuidado de adoptar um estilo de vida saudável.

722 Lima, L. P. (1995, Junho). A confiança em alto risco. *PAIS&Filhos*, 29-30.

723 *Ibid.*

724 *Ibid.*

725 Anónimo (2002, Novembro). Cuidados com a gravidez de risco. *Crescer*, 3.

726 *Ibid.*

III.4.1.5. Alterações no estilo de vida

As alterações no estilo de vida, essenciais para a preservação do bem-estar tanto da mãe como do bebé, devem ser realizadas de acordo com as recomendações dos peritos, que abrangem temas que vão desde a alimentação à necessidade de realização de exercício físico durante a gravidez.

No que se refere à alimentação, considera-se que o seguimento de um regime alimentar saudável é indispensável: para o desenvolvimento do feto: “Todas as investigações credíveis sobre a alimentação na gravidez indicam que é indispensável fazer uma dieta equilibrada, a qual contribui para o normal desenvolvimento do embrião/feto”⁷²⁷; para vencer alguns incómodos próprios da gravidez, tais como os enjoos, a azia ou a obstipação; ou, ainda para prevenir doenças como a listeriose, a infecção por salmonela ou a toxoplasmose: “Durante a gravidez é importante ter algum cuidado com certos alimentos. A listeriose, toxoplasmose e salmonelose são infecções que podem ser contraídas através da ingestão de certos alimentos e, nalguns casos, podem assumir consequências graves”⁷²⁸.

*É preciso comer “para dois” e não “por dois”*⁷²⁹ - No que diz respeito à quantidade é fortemente criticado o princípio de que *as grávidas devem comer por dois*, sendo a mãe aconselhada a “controlar o apetite excessivo”⁷³⁰. Mais concretamente, é recomendado que as mulheres não engordem mais do que 12 quilos durante o período de gravidez, dado as consequências que o excesso de peso pode ter quer ao nível da saúde da grávida, quer na recuperação da boa forma após a gravidez:

O aumento excessivo de peso pode trazer sérios problemas de saúde, como diabetes, mal-estar, tensão alta, problemas de postura e toxemia gravídica. Isto sem falar nas preocupações estéticas: quanto mais engordar, mais difícil será

727 Anónimo (2005, Agosto). Crescer responde: Obstetrícia. *Crescer*, 83.

728 Figueiredo, M. (1999, Dezembro). Gravidez a quanto obrigas. *PAIS&Filhos*, 21-22.

729 Anónimo (1994, Julho). Mantenha o seu peso, e garanta a saúde do bebe com a dieta ideal. *Crescer*, 16-19.

730 Anónimo (2005, Agosto). “Estou com tanta vontade de comer...”. *Crescer*, 12-13.

recuperar o peso após o parto.⁷³¹

*Dieta para o futuro*⁷³² - A necessidade de seguir um regime alimentar equilibrado, no sentido em que é assegurada a ingestão de todos os nutrientes necessários ao bom desenvolvimento do feto, é justificada também pela existência de estudos que parecem comprovar existir uma relação entre a alimentação da mãe durante a gravidez e a saúde, na idade adulta, do seu filho: “comendo bem - sugerem alguns cientistas -, a futura mãe estará a garantir não apenas a boa formação da criança mas também a saúde do adulto em que ela se tornará um dia”⁷³³.

Assim, as mães devem seguir “uma alimentação equilibrada, rica em hidratos de carbono, fibras, fruta, legumes e baixo de teor de gorduras”⁷³⁴, evitando alimentos como “fígado, queijos moles, marisco e carne mal passada”⁷³⁵ e bebidas alcoólicas:

A ingestão de qualquer quantidade de álcool, por mais pequena que seja, pode prejudicar o desenvolvimento do feto, segundo revela um estudo realizado por investigadores da Universidade Médica de Saint George, em Londres. De acordo com os especialistas, não existem quantidades seguras para o consumo de álcool durante a gravidez. O investigador Raja Mukherjee, presente na última conferência britânica para síndrome alcoólica em fetos, desvalorizou o facto de as estatísticas oficiais indicarem que apenas um em cada 100 bebés sofre as consequências do consumo de álcool das mães durante a gravidez. O especialista explicou porém que, embora os casos mais óbvios sejam detectados, muitas crianças que desenvolvem problemas comportamentais como resultado da sua exposição ao álcool têm diagnósticos de défice de atenção e hiperactividade, não sendo detectado o verdadeiro motivo, ou seja, o consumo de álcool.⁷³⁶

731 Anónimo (1994, Setembro). Ditos populares: Verdade ou mentira? *Crescer*, 18-21.

732 Anónimo (1996, Maio). Dieta para o futuro. *Crescer*, 30-33.

733 *Ibid.*

734 Figueiredo, M. (1999, Dezembro). Gravidez a quanto obrigas. *PAIS&Filhos*, 21-22.

735 *Ibid.*

736 Anónimo (2004, Novembro). Nem uma gota! *PAIS&Filhos*, 31.

As mães devem ainda ter o cuidado de “não saltar refeição alguma”⁷³⁷, por o jejum ser especialmente mal tolerado pelas grávidas, realizando “cinco a seis refeições ligeiras”⁷³⁸. São ainda aconselhadas a ingerir suplementos alimentares, designadamente, ácido fólico, cujo papel na prevenção de malformações fetais foi anteriormente referido.

O vestuário vai merecer também a atenção dos autores. A grávida é aconselhada a escolher vestuário confortável e prático, mas que lhe permita sentir-se bonita nas roupas que veste: “Vestuário elegante e prático. É uma regra fundamental. Você tem de sentir-se bonita e o seu bebé precisa de estar confortável.”⁷³⁹

Esta necessidade de se sentir bonita, bem na sua pele de grávida, tem implicações ao nível da roupa que as grávidas usam e que não pretende dissimular a gravidez, a barriga, mas sim em evidenciá-la:

A vivência e a percepção da gravidez evoluíram muito nestes quinze últimos anos: agora, a gravidez não se dissimula sob vestidos largos, mas pelo contrário, assume e impõe a sua própria estética, sublinhando as suas novas formas arredondadas com cinturas de cores vivas.

A mulher sente grande vontade de mostrar a todo o mundo que está grávida. E mesmo se a necessidade da sedução já não é a mesma, é importante também saber que ainda agrada, você e esse bebé que traz dentro de si.⁷⁴⁰

As grávidas devem, ainda, evitar a utilização de saltos altos, tanto pelo desconforto que causam como pelo perigo de quedas:

Usar saltos médios e/ou altos. Desista, durante a gravidez as suas articulações vão estar embebidas de líquidos, um artifício da natureza para possibilitar que as da bacia "afrouxem" no momento do parto. Com a barriga que desponta, o seu centro de gravidade também se vai alterar. Resultado: quedas inevitáveis. Os saltos só vão aumentar as probabilidades de sofrer quedas com maior

737 Cabral, R. (1995, Outubro). Comer por dois. *PAIS&Filhos*, 44-45.

738 Anónimo (1999, Agosto). Manter a linha na gravidez. *PAIS&Filhos*, 32.

739 Figueiredo, M. (1999, Agosto). Seja a estrela deste Verão! *PAIS&Filhos*, 16-17.

740 Romão, M. (1994, Março). Cuidados de Beleza de A a Z: Nove meses em beleza. *PAIS&Filhos*, 96-97.

frequência.⁷⁴¹

As mulheres devem antes optar por calçar “sapatos confortáveis e com um salto que não ultrapasse os três centímetros de altura”⁷⁴², pois tal contribuirá para a diminuição das dores de costas, tidas como uma dos desconfortos típicos da gravidez..

Convenientemente vestida, a mulher deverá ter ainda o cuidado de repousar o suficiente, alternando esse repouso com períodos de exercício físico, essenciais para a preservação da saúde da mãe e do bebé, tendo ainda a vantagem de preparar o corpo para o parto.

A boa forma física é considerada um elemento fundamental “para quem vai dar à luz”⁷⁴³, devendo o exercício físico fazer parte integrante da vida de qualquer grávida:

O seu estado físico não lhe permite exactamente participar numa maratona. No entanto, o exercício praticado correctamente é vantajoso e a fase da gravidez não constitui excepção. O exercício físico pode ajudá-la a manter a linha e a sentir-se em forma para a hora H. Mas, como se sabe, nem todos os desportos são permitidos a uma grávida. Desportos violentos ou de grande esforço físico estão proibidos. Devem-se evitar movimentos bruscos e demasiado dinâmicos. Andar a pé ou nadar são os exercícios mais indicados.⁷⁴⁴

A futura mãe deve, contudo, consultar o médico antes de iniciar qualquer actividade desportiva, - “antes de começar, porém, consulte o seu obstetra”⁷⁴⁵ – tendo o cuidado de ser acompanhada, durante a sua realização, por técnicos competentes.

A gravidez é também um período que se caracteriza pela existência de um sentimento de fadiga, causado pelo “aumento súbito dos níveis de progesterona durante a gravidez”⁷⁴⁶. Este sentimento é interpretado como um sinal de que o corpo necessita de alguns períodos de repouso durante o dia, que a grávida deve procurar respeitar:

741 Anónimo (1996, Julho). O que muda na sua vida. *Crescer*, 18-19.

742 Anónimo (2005, Junho). Pernas de grávida sempre em forma. *Crescer*, 11.

743 Anónimo (1998, Julho). Seis exercícios que relaxam e fortalecem. *Crescer*, 18-20.

744 Anónimo (1999, Outubro). Desporto na gravidez. *PAIS&Filhos*, 42.

745 Anónimo (1997, Junho). Nove meses em forma. *Crescer*, 16-17.

746 Anónimo (2005, Agosto). “Por que estou tão cansada?”. *Crescer*, 22-24.

“Não lute contra a fadiga. Pelo contrário, dê ouvidos ao seu corpo e ofereça-lhe, sempre que puder, um pouco de descanso e uma sesta”⁷⁴⁷.

Para além de todos estes cuidados – alimentação, higiene, exercício físico, repouso – as mães são ainda aconselhadas a evitar alguns perigos tais como os medicamentos, os raios X, os produtos químicos, as drogas e, especialmente, o tabaco, dada a sua nocividade para o desenvolvimento fetal.

*As grávidas fumadoras estão a perturbar o desenvolvimento saudável do bebé*⁷⁴⁸
- A questão do tabaco e da gravidez é alvo de especial atenção na actualidade “dada a inquietante tendência para o hábito de fumar nas mulheres jovens”⁷⁴⁹. Mais concretamente, o crescente número de mulheres fumadoras coloca novos problema no que diz respeito à saúde da grávida e, conseqüentemente, do feto:

O facto da mulher jovem fumar criou um outro problema que transcende fumadora. Refiro-me à mulher que fuma durante a gravidez. De facto, fumar não só faz mal à futura mãe, tornando-a mais propensa à bronquite crónica, à sinusite, à dispepsia, como reduz a sua capacidade física que deve manter-se durante toda a gravidez e, em particular, no parto⁷⁵⁰.

Alertadas para os seus efeitos nefastos, que os autores descrevem com minúcia e referindo resultados obtidos em diversas investigações científicas, as mulheres são aconselhadas, se não o fizeram até aí, a abandonar o hábito de fumar assim que sabem que estão grávidas, considerando-se “obrigatório em absoluto, não fumar na gravidez”⁷⁵¹:

Recém-nascidos de baixo peso, síndrome de obstrução respiratória, deficiência respiratória do recém-nascido e risco de parto prematuro, são as «doenças pediátricas» provocadas pelo tabaco das mães. De facto, sabe-se com rigor que

747 Anónimo (2005, Agosto). “Por que estou tão cansada?”. *Crescer*, 22-24.

748 Cordeiro, R. (1996, Novembro). Tabaco e morte súbita. *PAIS&Filhos*, 36-38.

749 Cordeiro, M. (1995, Junho). Carta aberta aos que têm menos de um ano (para a época balnear que se avizinha...). *PAIS&Filhos*, 24-26.

750 Pinho, S. (2006, Setembro). Grávida e fumadora. *PAIS&Filhos*, 18-22.

751 Abecasis, M. (1995, Abril). Valentino ou o bebé que fumava. *PAIS&Filhos*, 62-63.

os agentes do tabaco postos a circular na vida intra-uterina provocam perturbações no desenvolvimento da criança. Os filhos de mães fumadoras são geralmente mais débeis e estão mais sujeitos a infecções.

A tudo isto vem agora juntar-se um novo dado: um estudo recente sobre tabagismo, efectuado por uma equipa de investigadores ingleses e publicado no «British Medical Journal» em 27 de Julho do corrente ano, estabelece pela primeira vez com rigor a relação entre o tabaco e as mortes súbitas de recém-nascidos.⁷⁵²

Face a todos estes resultados, a atitude mais comum é de total intolerância face às grávidas fumadoras, considerando-se que estas não são capazes de colocar o interesse da criança acima do seu próprio: “A mãe que é responsável quer ter um filho saudável. Hoje sabe-se que a criança não vai ser saudável se ela continuar a fumar”⁷⁵³.

Esta ideia é interiorizada pelas mulheres que quando não conseguem deixar de fumar durante a gravidez, o fazem com um enorme sentimento de culpa, como explica uma mãe fumadora:

Fumei durante toda a gravidez. Nada que se parecesse com o que fumava antes de engravidar – 10 a 15 cigarros por dia. Mas fumava seguramente uns cinco ou seis. É claro que sabia que fazia mal ao bebé, mas nunca consegui parar. Lembro-me que, na penúltima ecografia, a médica me disse que eu tinha a placenta envelhecida por causa do tabaco. Mas nem isso me fez parar e confesso que me sentia culpada, às vezes sentia-me super-culpada.⁷⁵⁴

A preservação da saúde da mãe não se cinge, porém, aos cuidados com o corpo. Dada a importância do seu estado psicológico para o desenvolvimento da criança, quer na fase pré-natal, quer posteriormente, o bem-estar emocional é um aspecto que as mães não devem descurar.

A gravidez é considerada, do ponto de vista psicológico, uma etapa

752 Cordeiro, R. (1996, Novembro). Tabaco e morte súbita. *PAIS&Filhos*, 36-38.

753 *Ibid.*

754 Pinho, S. (2006, Setembro). Grávida e fumadora. *PAIS&Filhos*, 18-22.

especialmente delicada, acompanhada de “muita ansiedade”⁷⁵⁵, assim como de uma sensibilidade excessiva:

Vontade de chorar, nervosismo, depressão e até perda de memória são comuns na gravidez. É difícil definir uma única causa para esta mudança de comportamento. Alterações hormonais e modificações bioquímicas no cérebro podem contribuir para essa mudança. Mas não se esqueça que a gestação é uma fase delicada do ponto de vista psicológico, que costuma despertar velhas e novas emoções.⁷⁵⁶

Para além das alterações hormonais, a consciência da responsabilidade que advém do facto de ser mãe, nomeadamente nas primíparas, é também um elemento causador de ansiedade: “A primeira gravidez deixa a mulher muito ansiosa. A necessidade de assumir um novo papel, o de mãe, gera muitos medos: do parto, do bebé não ser saudável, de não poder amamentar, de não poder tratar dele.”⁷⁵⁷

*Quanto melhor se sentir, melhor se sentirá o bebé*⁷⁵⁸ - Os conhecimentos que se possuem sobre o desenvolvimento pré-natal, proporcionados por estudos ecográficos, indicam que os estados emocionais da mãe influenciam o comportamento do feto: “Hoje, através de vários estudos, sabemos bem que os fetos têm e desenvolvem competências desde muito cedo e são altamente reactivos aos estados emocionais da mãe”⁷⁵⁹. Para além da influência no período pré-natal, os sentimentos negativos e a tensão sentida pela mãe durante da gravidez podem ainda ser responsáveis, como explica o obstetra Fernando Cirurgião, por alterações na “personalidade e no comportamento futuro da criança”⁷⁶⁰, tais como “síndrome de hiperactividade e défice de atenção”⁷⁶¹.

Assim, a grávida deve zelar pelo seu bom estado mental, aprendendo, por

755 Anónimo (1994, Novembro). Tranquila e sem stress. *Crescer*, 18-20.

756 Anónimo (1998, Setembro). Descubra os sintomas mais comuns: Sensações e emoções novas. *Crescer*, 11-13.

757 Anónimo (1996, Outubro). Sonhos na gravidez. *Crescer*, 23-24.

758 Esteves, A. (2004, Maio). Gravidez é tempo de... *PAIS&Filhos*, 17-20.

759 Strecht, P. (2004, Maio). Maternidade em Maio, mês da mãe. *PAIS&Filhos*, 124.

760 Anónimo (2003, Novembro). Pré-mamã sem stress. *Crescer*, 4-6.

761 Anónimo (2004, Setembro). Gestação exige tranquilidade. *Crescer*, 6.

exemplo, “técnicas de relaxamento em que evocará boas recordações e sensações de bem-estar”⁷⁶² ou imaginando “os momentos fantásticos que vai passar com o seu bebé”⁷⁶³, cabendo-lhe ainda a tarefa de manter calmos e tranquilos os que a rodeiam “e de lhes assegurar que vai correr tudo bem”⁷⁶⁴.

Informada sobre os comportamentos que garantem quer a sua saúde, quer a saúde do bebé, o papel da mãe consiste em seguir as recomendações do seu médico, procedendo às alterações de estilo de vida que este entender serem necessárias para assegurar o seu bem-estar e conseqüentemente do feto:

A gravidez é um momento muito intenso e exige um maior esforço, bem como uma nova atitude face à vida. Por esse motivo, espera-se que se lembre sempre que todas as atitudes que tomar e o estilo de vida que levar têm efeitos na criança que está a gerar. Tal recordação, em princípio, será suficiente para fazê-la recuar perante os erros mais elementares e comuns durante o período gestacional.⁷⁶⁵

Para além de divulgarem informação, como a que foi atrás exposta, sobre os cuidados a ter durante a gravidez, também existe a preocupação de transmitir informação às mães quer das transformações físicas próprias do período gestacional, quer acerca das etapas do desenvolvimento do feto, “criança e homem de amanhã”⁷⁶⁶, tema que passaremos a apresentar.

III.4.1.6. Alterações associadas à gravidez

É visível, nos textos analisados, a preocupação em informar a mulher sobre as transformações que o seu corpo sofrerá e as respectivas conseqüências físicas e

762 Esteves, A. (2004, Maio). Gravidez é tempo de... *PAIS&Filhos*, 17-20.

763 Figueiredo, M. (1999, Agosto). Seja a estrela deste Verão! *PAIS&Filhos*, 16-17.

764 *Ibid.*

765 Matos, I. (1995, Outubro). A gravidez gemelar. *PAIS&Filhos*, 24-26.

766 Hermida, M. (2003, Fevereiro). Revelações de uma ecografia. *PAIS&Filhos*, 30-33.

psicológicas, uma vez que se considera que a informação facilita a compreensão das alterações corporais que ocorrem durante este período: “Para ajudá-la a entender a sua gravidez, preparámos um roteiro completo das principais transformações que vão ocorrer no seu corpo, mês a mês”⁷⁶⁷.

O conhecimento das alterações normais do corpo permite ainda que a mulher possa mais facilmente identificar aquelas que poderão indiciar algum tipo de problema, aspecto essencial para a prevenção de algumas patologias que poderão surgir no decurso da gravidez:

A compreensão de todos estes fenómenos é vital para uma avaliação correcta da evolução da gravidez, permitindo distinguir entre as alterações fisiológicas e, portanto, de carácter transitório e benigno, das verdadeiras doenças induzidas pela gravidez ou surgidas concomitantemente com ela.⁷⁶⁸

As futuras mães são informadas acerca das transformações que ocorrem no útero – aumento de volume e alterações ao nível do colo do útero; na pele – estrias, hiperpigmentação e modificações vasculares; e, no peito – maior volume, surgimento do colostro, fruto das profundas alterações hormonais neste período da vida da mulher, que também são descritas em pormenor nas revistas analisadas:

Durante a fase de gestação o organismo produz novas hormonas e aumenta a produção de outras. O objectivo é alimentar o bebé, preparar a mulher para a amamentação e, de certa forma, ajudar a mãe a viver a gravidez nas melhores condições possíveis. As mais conhecidas são a progesterona e o estrogénio. A primeira funciona como relaxante de alguns músculos do corpo, o que traz várias vantagens: evita contracções e o risco de parto prematuro e ajuda a preparar os seios para a amamentação. No entanto, baixa a pressão arterial (pode sentir uma sensação de desmaio), afecta o humor, sobe a temperatura do corpo e pode provocar enjoos. O estrogénio é a hormona que tem por função estimular o desenvolvimento das glândulas mamárias, mas pode causar varizes

767 Anónimo (1994, Maio). Todos os dias há diferenças: O seu corpo está a mudar. *Crescer*, 16-19.

768 Matos, I. (1995, Abril). As adaptações maternas à gravidez. *PAIS&Filhos*, 64.

e dores nas costas.⁷⁶⁹

A alteração na quantidade e no tipo de hormonas produzidas durante a gravidez, em conjunto com as transformações corporais, vão também ser responsáveis pelos incómodos próprios da gestação. A descrição dos factores que poderão estar na sua origem é uma preocupação dos autores, a par com a divulgação de estratégias que contribuem quer para a sua prevenção, quer, quando tal não é possível, para o alívio dos mesmos:

Durante os nove meses de gestação o corpo da mulher sofre inúmeras alterações, para poder albergar com toda a mordomia o pequeno ser em crescimento. Mas estas transformações, interiores e exteriores, não passam despercebidas à futura mãe, pois provocam alguns incómodos físicos difíceis (por vezes impossíveis) de atenuar e, além disso, a barriguinha não pára de crescer... Saiba quais são os mais habituais e como pode evitá-los.⁷⁷⁰

Os incómodos parecem fazer parte integrante do processo de gravidez, o que conduz os autores a realçarem a sua normalidade, assim como a sua inevitabilidade: “Qualquer gravidez tem os seus acidentes de percurso. Por isso prepare-se para os pequenos achaques inevitáveis e dê ouvidos ao ditado que diz ‘para grandes males, grandes remédios’”⁷⁷¹.

Relativamente ao inventário dos incómodos, surgem referências aos enjoos, à prisão de ventre, à azia, às dores nas costas, pernas pesadas, sangramento das gengivas e do nariz, dificuldade em respirar, varizes, cãibras, tensão mamária, dor de cabeça, alterações no paladar, taquicardia, pés e tornozelos inchados, insónias, hemorróidas e, ainda, incontinência urinária.

Face a tão grande lista de transtornos os autores preocupam-se em fornecer às grávidas informações que as podem ajudar a solucioná-los e que passam pela

769 Figueiredo, M. (1999, Dezembro). Gravidez a quanto obrigas. *PAIS&Filhos*, 21-22.

770 Anónimo (1998, Maio). Para cada mal, um remédio. *Crescer*, 20-23.

771 Baptista, I. B. (1997, Agosto). Pequenos e grandes males. *PAIS&Filhos*, 12-14.

alimentação, pelo repouso, pela realização de exercício físico ou até pela adopção de determinada postura corporal, assim como em avisá-las sobre os perigos inerentes à auto-medicação, muitas vezes utilizada para a solução deste tipo de problemas.

*Corte com a automedicação*⁷⁷² - Os enjoos, assim como as dores de costas ou de cabeça, são incómodos que por vezes conduzem as mulheres à automedicação, o que pode prejudicar fortemente o desenvolvimento fetal. Neste sentido, as mulheres são aconselhadas a não tomar qualquer medicamento por iniciativa própria, recorrendo antes ao seu médico ou a receitas caseiras para a sua resolução:

A maioria dos medicamentos que existem no mercado são contra-indicados durante a gravidez.

A fase mais crítica é a dos três primeiros meses de gestação, quando os órgãos do bebé ainda estão em formação e há a possibilidade de serem afectados. Experimente, antes, algumas receitas caseiras para atenuar dores de cabeça, enjoos, obstipação e outros transtornos habituais. Opte pela infusão de erva-doce, para a congestão nasal; faça gargarejos de água com sal ou sumo de limão natural com mel, a fim de aliviar a dor de garganta; e, para as dores lombares, coloque uma bolsa de água morna no local afectado.⁷⁷³

Em paralelo com os relatos acerca das alterações próprias da gravidez, no que diz respeito à mulher, ilustrados muitas vezes com fotografias que retratam as transformações corporais que têm lugar ao longo destes nove meses, surgem os artigos cujo principal objectivo é retratar o desenvolvimento do feto.

III.4.1.7. Desenvolvimento pré-natal

Os relatos das diferentes etapas de desenvolvimento do feto são frequentes, assim como a sua ilustração, possível graças às novas tecnologias, designadamente ao exame ecográfico, anteriormente referido, que permite “espreitar lá para dentro: saber o que é eles andam a fazer durante aqueles nove meses em que estão ali tão perto... e tão

⁷⁷² Anónimo (2006, Março). Está a fazer o que deve? *Crescer*, 10-11.

⁷⁷³ *Ibid.*

invisíveis”⁷⁷⁴:

Há uns bons quinze anos, fazia-se uma ecografia por pura curiosidade científica. Era preciso muita imaginação, para decifrar o que se via e nem sequer se tinha a certeza se aquele feto se estava ou não a desenvolver de maneira saudável. A qualidade das imagens - que mais faziam lembrar uma tempestade de neve deixavam muito a desejar. Os avanços foram enormes. As imagens são cada vez mais perfeitas e definidas e sabe-se como é que o bebé antes de nascer se desenvolve. Podemos mesmo perceber como é que ele se entretém durante aqueles longos nove meses, em que o seu principal fito é crescer!⁷⁷⁵

Para além da indicação do peso e da medida do feto, em diferentes etapas da gravidez, as mães são ainda informadas de que durante o primeiro trimestre de gravidez se formam os principais órgãos do feto, começando o “pequeno coração (...) a bater regularmente”⁷⁷⁶ à 4ª semana e que na 7ª semana já tem “em miniatura os alicerces de todos os órgãos e estruturas necessários ao futuro adulto”⁷⁷⁷.

O segundo trimestre é o período em que começa a primeira “fase de crescimento e desenvolvimento”⁷⁷⁸. É também a altura em que a audição, “sentido privilegiado durante toda a vida intra-uterina, pois é o que capta um maior número de estímulos”⁷⁷⁹, se começa a desenvolver. Como explica o obstetra Fernando Cirurgião “a audição começa a ficar mais desenvolvida entre a 12ª e 15ª semanas, pelo que o feto passa a reagir, mesmo que subtilmente, a sons fortes”⁷⁸⁰.

A aquisição desta competência transforma o segundo trimestre de gravidez no momento ideal para a mãe começar a estimular o feto, comunicando com ele. Neste sentido, é aconselhada a conversar com o seu bebé, incentivando o pai também a fazê-lo:

774 Leistner/Eltern, M. (1994, Janeiro). Ecografia: Como é que ele se entretém na barriga da mãe! *PAIS&Filhos*, 16-18.

775 *Ibid.*

776 Nogueira, S. (1998, Março). Crónica de uma gravidez anunciada. *Crescer*, 16-18.

777 *Ibid.*

778 Falcão, I. (1998, Maio). Ele mexeu-se. *PAIS&Filhos*, 16-19.

779 Anónimo (1996, Maio). Os cinco sentidos do feto. *Crescer*, 35-36.

780 Cirurgião, F. (1996, Janeiro). Tudo sobre os sentidos do feto. *Crescer*, 14-16.

Esta é, portanto, a altura ideal para começar a estimulá-lo e a criar laços fortes de comunicação com ele. Para isso converse com o seu bebé e incentive o pai a fazer o mesmo.

Pela 23ª semana começa a reagir aos diferentes sons que o envolvem. É uma boa altura para o introduzir no mundo da música já que o som passa com muita facilidade. É também nesta altura que o pai pode começar a ter um papel mais activo e participante, transformando esta relação numa relação a três. Como a voz do pai não é tão familiar para o bebé é importante que sempre que possa o pai fale directamente para ele encostando a cara à barriga da mãe. Este procedimento fará com que o bebé possa distinguir a voz do pai depois de nascer.⁷⁸¹

É também durante o segundo trimestre, mais concretamente, por volta do quarto mês de gravidez, que se dá a formação dos “receptores neuronais responsáveis pelo sentido do olfacto”⁷⁸², que permitem ao feto memorizar os cheiros e, em virtude desta capacidade, reconhecer a mãe logo após o parto.

*Chegou o momento mais esperado da gravidez: o primeiro pontapé!*⁷⁸³ – Apesar do bebé se começar a movimentar por volta da 7ª semana, é somente durante o segundo trimestre que a maioria das mulheres sente os movimentos do feto: “quando se trata da primeira gravidez, os primeiros movimentos do feto são detectados na 18ª ou 20ª semana, mas para quem já esteve grávida e tem os sentidos mais alerta pode começar a detectá-los a partir da 16ª semana”⁷⁸⁴.

Os movimentos do bebé constituem um indicador do bem-estar fetal, “uma espécie de confirmadores da saúde do bebé”⁷⁸⁵, o que leva os autores a aconselharem as mães a verificarem diariamente, no final da gestação, se o bebé se está a movimentar normalmente:

No último trimestre, convém prestar alguma atenção à sua regularidade e avisar

781 Falcão, I. (1998, Maio). Ele mexeu-se. *PAIS&Filhos*, 16-19.

782 Anónimo (1996, Maio). Os cinco sentidos do feto. *Crescer*, 35-36.

783 Anónimo (1994, Maio). Todos os dias há diferenças: O seu corpo está a mudar. *Crescer*, 16-19.

784 Falcão, I. (1998, Maio). Ele mexeu-se. *PAIS&Filhos*, 16-19.

785 *Ibid.*

o médico no caso de sentir um decréscimo significativo de movimentos. No final do tempo de gestação, é aconselhável verificar diariamente se o seu bebé está a movimentar-se normalmente. No Livro Verde da grávida, encontra essa recomendação e um espaço onde anotar a frequência dos movimentos do seu bebé.⁷⁸⁶

O terceiro trimestre é considerado um período em que pouco há a fazer, senão esperar pelo nascimento da criança. Completamente formado, embora ainda não esteja “suficientemente maduro para sobreviver fora do útero”⁷⁸⁷, o feto entra agora na chamada “fase do ‘engorda’”⁷⁸⁸, iniciando-se a “contagem decrescente para o parto”⁷⁸⁹, dia em que bebé e mãe se vão finalmente conhecer. Nesta fase, a principal preocupação da mãe deverá ser a monitorização do bem-estar do feto a que se alia a preparação para o nascimento da criança.

III.4.1.8. Preparação para o parto

Durante o último trimestre de gravidez, a mãe deve assegurar-se de que tem tudo pronto para o momento do parto. Mais concretamente, deve preparar a mala para levar para a maternidade, estudar o trajecto para o hospital e, se ainda não o fez, começar a frequentar um curso de preparação para o parto.

Fazer a mala - A preparação da mala para levar para a maternidade é uma das rotinas normais de qualquer gravidez, sendo divulgadas extensas listas do material que a grávida deve levar consigo para a maternidade e que deverá estar organizado por volta do sétimo mês de gravidez: “Por volta do sétimo mês, todas as grávidas devem preparar a mala para levar para a maternidade. Assim, essa será uma preocupação a menos quando chegar a hora da partida. Fizemos uma lista, para que não se esqueça de

786 Anónimo (2006, Julho). Sem título. *PAIS&Filhos*, 18-19.

787 Nogueira, S. (1998, Julho). Crónica de uma gravidez anunciada. *Crescer*, 14-16.

788 Figueiredo, M. (1999, Dezembro). Gravidez a quanto obrigas. *PAIS&Filhos*, 21-22.

789 *Ibid.*

nada!”⁷⁹⁰.

Destas listas, e no que diz respeito à mãe, constam: peças de vestuário, camisas de dormir, chinelos e roupão; produtos de higiene e de distração, “leitor de cd's e música que a acalme”⁷⁹¹; um “relógio pequenino para cronometrar as contracções”⁷⁹²; assim como o “boletim de saúde da grávida, ecografias e exames realizados durante a gravidez”⁷⁹³, para que o médico possa conhecer o historial clínico da parturiente. Para o bebé deverá levar essencialmente as peças de vestuário e os produtos de higiene necessários durante os primeiros dias: “Para o bebé, é necessário roupa interior e *babygrows* de algodão, fraldas descartáveis, uma pequena chucha e produtos de higiene”⁷⁹⁴.

Para além de preparar a mala, a grávida é também aconselhada a visitar previamente o sítio onde o seu filho vai nascer, “para que lhe pareça familiar quando chegar o dia”⁷⁹⁵, assim como a experimentar fazer o trajecto para a maternidade em horários diferentes, de forma a poder determinar previamente qual o melhor caminho:

Confira o melhor trajecto para chegar de sua casa até à maternidade ou hospital onde irá ter o bebé (se possível antes de entrar em trabalho de parto!). O melhor roteiro poderá ser diferente, caso se trate de uma viagem durante o dia, em hora de ponta, ou a meio da noite. Se tudo estiver programado, evita ter que dar indicações ao condutor a meio de uma contracção ou prolongar a viagem de carro mais tempo do que seria necessário.⁷⁹⁶

Para além de resolverem estas *preocupações mais comuns*⁷⁹⁷, as mães são ainda aconselhadas a realizar um curso de preparação para o parto de forma a sentirem-se melhor preparadas para esse momento: “Se os nove meses lhe parecem uma eternidade,

790 Esteves, A. (2002, Novembro). Fazer a mala. *PAIS&Filhos*, 50-52.

791 *Ibid.*

792 *Ibid.*

793 *Ibid.*

794 Anónimo (2004, Março). O que deve levar para o hospital. *Crescer*, 3.

795 Anónimo (1994, Novembro). Tranquila e sem stress. *Crescer*, 18-20.

796 Esteves, A. (2004, Maio). Gravidez é tempo de... *PAIS&Filhos*, 17-20.

797 Anónimo (2002, Novembro). Prepare-se para o parto: Acabe com as preocupações mais comuns... *Crescer*, 8.

vá aproveitando o tempo com sessões de preparação ao parto. Exercite os músculos e a respiração para que na hora H saiba ajudar o seu filho a nascer”⁷⁹⁸.

Um dos objectivos dos cursos de preparação para o parto é o ensino de técnicas respiratórias, com o objectivo de auxiliar no controlo da dor. Assim, perante o facto de existirem mulheres que, por impossibilidade ou por opção própria, não frequentam cursos de preparação, são descritos vários exercícios respiratórios, “indicados por profissionais ligados à preparação para o parto”⁷⁹⁹, que a grávida deve realizar, para que no momento do parto saiba respirar correctamente, de forma a “aliviar a tensão e conduzir o bebé à posição ideal”⁸⁰⁰, como os que, a título de exemplo, a seguir se descrevem:

1. Deite-se para o lado esquerdo, com uma almofada entre as pernas. Inspire pelo nariz profundamente, procurando dilatar o abdómen. Expire pela boca como se estivesse a apagar uma vela. Procure sentir o movimento na região abdominal e não no tórax.

2. Deite-se sobre um tapete de barriga para cima e com as pernas afastadas. Inspire pelo nariz expandindo o abdómen. Ao expirar pela boca, lentamente, pressione a anca contra o chão.

3. Exercício de ioga para quando as contracções aceleram: inspire e expire depressa, apenas pelo nariz. Alterne esses movimentos com a respiração normal.

Respiração profunda facilita a expulsão

Esta respiração pode ser usada tanto no parto de cócoras como no parto normal, em posição ginecológica. Inspire profundamente até sentir dilatar o abdómen. Flicta o pescoço, aproximando-o o máximo possível do peito. Ao expirar, contraia o abdómen, como se estivesse a fazer sair ar pela vagina.⁸⁰¹

Contudo, o ideal será a frequência de um destes cursos, considerados “um

798 Sancho, F. (1995, Dezembro). Enquanto espera... prepare-se! *PAIS&Filhos*, 30-32.

799 Anónimo (1996, Março). Ar é vida: Respire fundo. *Crescer*, 18-20.

800 *Ibid.*

801 *Ibid.*

importante espaço de diálogo e de informação”⁸⁰², já que para além contactarem com “outras mulheres nas mesmas condições”⁸⁰³, partilhando experiências e dúvidas, a grávida tem a possibilidade de aprender como deve proceder no momento do parto, de se informar acerca dos procedimentos médicos envolvidos na sua realização, assim como de conhecer alguns princípios de puericultura. As próprias mulheres reconhecem que a preparação para o parto lhes permite, como refere uma mãe “superar o medo e a angústia próprios de quem vai ser mãe pela primeira vez, e acabar com dúvidas e até com tabus que, nos tempos que correm, já não fazem sentido”⁸⁰⁴.

A importância da preparação para a maternidade é reconhecida pelos autores, que recomendam vivamente a sua realização, pelas mães, como anteriormente referido, e ainda pelo Estado, já que a sua equiparação à vigilância médica permite que a mulher falte ao trabalho, se necessário, para a sua realização:

Assim como têm o direito a dispensa do trabalho para realização das consultas médicas e realização de exames para acompanhamento clínico da gravidez, todas as mulheres grávidas têm também o direito a essa dispensa para participação em programas de preparação para o parto. Esta dispensa não pode implicar perda de remuneração ou de quaisquer regalias. A lei prevê que a trabalhadora grávida deve, sempre que possível, agendar as consultas e as sessões de preparação para um horário que não coincida com o horário de trabalho, mas sempre que tal for inviável, a dispensa é um direito que lhe assiste.⁸⁰⁵

*Preparação a dois*⁸⁰⁶ - Embora mais direccionados para as grávidas, os cursos destinam-se também aos futuros pais: “A Associação de Pais e Amigos das Crianças do Hospital de S. Francisco Xavier - Os Francisquinhos – disponibiliza um curso de preparação para a maternidade e paternidade para grávidas e grávidos a partir das 25 semanas de gestação”⁸⁰⁷.

802 Sancho, F. (1995, Dezembro). Enquanto espera... prepare-se! *PAIS&Filhos*, 30-32.

803 Anónimo (1996, Novembro). Nove meses não é tempo demais! *PAIS&Filhos*, 18-22.

804 Anónimo (2002, Maio). Preparação para o parto: Sim ou não? *PAIS&Filhos*, 10.

805 Anónimo (2004, Março). Direito a dispensa para preparação para o parto. *PAIS&Filhos*, 40.

806 Anónimo (2007, Dezembro). Preparação a dois. *PAIS&Filhos*, 26.

807 Anónimo (2005, Agosto). Preparação para a maternidade e paternidade. *PAIS&Filhos*, 30.

Ter um bebê não é entendido como um assunto exclusivamente feminino. O envolvimento do pai é visto como algo benéfico quer para a criança, quer para a mãe, devendo iniciar-se logo no período da gravidez, pelo acompanhamento da mulher às consultas de rotina e pela frequência dos cursos de preparação para o parto:

Ter um bebê é um assunto de família. Os pais são importantes e imprescindíveis, desde o início. Quanto mais desejado, planejado e amado menos dificuldades aparecerão. Quanto mais informado e envolvido o pai estiver durante a gravidez e parto, melhor será para ele próprio, para a sua companheira e para o(a) filho(a) de ambos.⁸⁰⁸

Além disso, dada a possibilidade de o pai assistir ao parto, se este for o seu desejo, os cursos também permitem que se prepare adequadamente “para os momentos de maior ansiedade que são o trabalho de parto e parto”⁸⁰⁹, aprendendo como deve agir de forma a prestar o adequado suporte emocional à mãe.

Tendo tudo preparado e estando a grávida convenientemente informada, resta-lhe esperar pelo “acontecimento mais inquietante na vida reprodutiva da mulher”⁸¹⁰, o momento em que, após nove meses de espera, poderá conhecer o seu filho. Este é considerado um momento único, a que se associam grandes expectativas e medos, consequência, na maioria dos casos, da ignorância em relação ao que se irá passar: “a maior parte das mulheres que vão estreitar-se no papel de mães sentem-se inseguras e mal informadas”⁸¹¹.

*Saber o que a espera no momento do parto é tão importante como ter a mala para a maternidade pronta, a tempo e horas*⁸¹² - Dado que o desconhecido é considerado “um dos maiores agentes do medo”⁸¹³, a informação possui uma função securizante, no sentido em que se acredita que uma mulher informada se sentirá mais segura e mais preparada para enfrentar o momento do nascimento do seu filho.

808 Maya, M. (2004, Março). Mãe é mãe, pai é pai! *PAIS&Filhos*, 35-38.

809 *Ibid.*

810 Hermida, M. (1999, Agosto). Sinais de parto: Chegou a hora! *PAIS&Filhos*, 19-20.

811 Landeiro, M. J. (1998, Janeiro). Uma hora pequenina. *PAIS&Filhos*, 20-22.

812 Anónimo (1996, Novembro). Nove meses não é tempo demais! *PAIS&Filhos*, 18-22.

813 Anónimo (1994, Novembro). Tranquila e sem stress. *Crescer*, 18-20.

Esta associação entre conhecimento e segurança também é reconhecida pelas mulheres, como é visível no testemunho de uma mãe:

Durante a gravidez, procurei ler muito acerca da gravidez e do parto.

Tenho a certeza de que o facto de estar bem informada sobre estes assuntos me fez sentir familiarizada com todos os momentos por que passei e fez com que os passasse com maior tranquilidade e segurança.⁸¹⁴

Assim, os autores vão tentar contribuir para a securização e tranquilização das mulheres através da descrição detalhada e pormenorizada das diferentes fases do parto, assim como dos procedimentos médicos efectuados em cada uma delas:

O nascimento do primeiro filho é momento de grande felicidade e por isso deve ser vivido intensamente, sem inseguranças nem dúvidas. Mas, para isso, as futuras mães devem estar informadas acerca de tudo, de bom e de mau, que as espera.⁸¹⁵

III.4.1.9. Parir

Actualmente, a quase totalidade das mulheres tem os seus filhos num estabelecimento de saúde:

Uma das grandes vitórias dos serviços de saúde em Portugal nos últimos vinte e cinco anos, refere-se à evolução da taxa de gravidezes acompanhadas por médicos e de nascimentos efectuados nos hospitais. De facto, conseguiu-se uma notável redução da mortalidade infantil devido ao investimento no acompanhamento a grávidas e na assistência médica aos partos.⁸¹⁶

814 Matos, I. (1996, Janeiro). Reflectindo... *PAIS&Filhos*, 60.

815 Landeiro, M. J. (1998, Janeiro). Uma hora pequenina. *PAIS&Filhos*, 20-22.

816 Lima, L. P. (1995, Junho). A confiança em alto risco. *PAIS&Filhos*, 29-30.

A alteração do local de nascimento das crianças teve não só consequências em termos em resultados, mas também na forma como se processa o parto. No que diz respeito aos resultados, verificou-se, com o desenvolvimento da tecnologia e com o aumento do número de partos hospitalares, uma diminuição considerável das taxas de mortalidade materna e neonatal, fruto da redução dos riscos associados ao nascimento. Relativamente à forma como se processa o parto, assiste-se a uma quase total medicalização do parto que começa a ser alvo de alguma controvérsia.

Mais concretamente, “com a evolução científica e tecnológica, o parto foi-se tornando cada vez mais controlado por médicos, máquinas e medicamentos, tendo a mãe cada vez menos intervenção activa no nascimento do seu filho”⁸¹⁷, assistindo-se a uma maior intervenção médica no momento do parto, à perda de poder decisório por parte da mulher, assim como alguma massificação nos cuidados prestados que tem como consequência, por vezes, a falta de personalização e cuidado no atendimento à parturiente, de que se queixam as mulheres dos nossos dias:

ao percebermos que ninguém nos liga, que nos querem despachar, que pensam “estas estão aqui a gemer porque são piegas”, quando ouvimos “não diga disparates”, ou quando ralham connosco em tom irritado ao mais pequeno gemido, tudo isto nos diz: não estou no local ou acompanhada pelas pessoas certas para deixar nascer o meu filho...⁸¹⁸

*A natureza tem um poder enorme e não há razão para interferir nela, por princípio*⁸¹⁹ - Este sentimento de que o contexto hospitalar, pelo menos da forma como se encontra organizado, não é o mais desejável para um momento tão importante como o nascimento de uma criança, está na origem de um movimento, que se estende um pouco por todo o mundo, a favor da humanização do parto, e que parte do princípio de que este é um acontecimento natural, para o qual o corpo da mulher está biologicamente preparado.

O que está em jogo é a alteração da forma como se encara e aborda o parto,

817 Gouveia, A. C. (1996, Outubro). Crescer responde: Psicologia. *Crescer*, 11-12.

818 C., M. (2007, Junho). A humanização do parto [Carta de leitores]. *PAIS&Filhos*, 8.

819 Pinto, P. V. (1997, Junho). Ter um bebé em casa: Parto natural em dois capítulos (II Parte). *PAIS&Filhos*, 103-106.

defendendo-se uma abordagem mais íntima, personalizada e natural. Mais concretamente, o que se procura é uma transformação do nascimento, designadamente quando se trata de um parto de baixo risco, num acontecimento no qual a mulher participa activamente e as suas decisões são respeitadas e tidas em conta:

mais do que optar por uma ou outra técnica, o que importa é que perceba que tem o direito de participar activamente no nascimento do seu filho. Afinal, o maior e mais importante acontecimento da sua vida! Daí que não faça sentido que todas as decisões dependam do médico.⁸²⁰

Este respeito pela decisão das mulheres envolve, para alguns dos defensores do parto natural, um retorno aos partos domiciliários para as mulheres que assim o desejem. O parto em casa é defendido por poder proporcionar uma participação mais activa da mãe, aliada a um sentimento de maior segurança por estar no seu território, o que permite que mais facilmente se transforme num “acontecimento mais natural, privado e quase ousado dizer íntimo”⁸²¹.

Todavia, os defensores do parto em casa têm o cuidado de afirmar que “não deve ser visto como uma prática viável para a totalidade das mães”⁸²², mas somente quando estão reunidas três condições: boa saúde da grávida; existência de “um acompanhamento pré-natal que salienta a ausência de qualquer problema ou de qualquer indício que leve a suspeitar dele”⁸²³; e, por último, da “certeza de haver total e imediata disponibilidade hospitalar”⁸²⁴ que garanta, em caso de surgir algum problema, que a parturiente pode ser rapidamente transferida para um estabelecimento de saúde.

Porém, mesmo nestas condições, esta é uma prática condenada por muitos médicos, dado o maior risco que comporta para a criança. Como explica a obstetra Maria Augusta Rebordão:

820 Anónimo (1999, Fevereiro). Para ter uma "hora pequenina": As melhores posições para o parto. *Crescer*, 10-13.

821 Gouveia, A. C. (1996, Outubro). Crescer responde: Psicologia. *Crescer*, 11-12.

822 Pinto, P. V. (1997, Junho). Ter um bebé em casa: Parto natural em dois capítulos (II Parte). *PAIS&Filhos*, 103-106.

823 *Ibid.*

824 *Ibid.*

O parto em casa pode ter vantagens a nível emocional, mas implica uma grande dificuldade e vigilância. No hospital, podemos reduzir os riscos ao mínimo e, quando falo de riscos, falo não só da diferença entre a vida e a morte, mas também da diferença entre uma vida saudável com qualidade e uma vida sem qualquer qualidade.⁸²⁵

Apesar das críticas, esta começa a ser uma realidade noutros países europeus, tais como a Holanda, a Alemanha ou o Reino Unido, onde “o sistema de saúde permite que a mulher dê à luz em casa, se essa for a sua opção. As parteiras estão organizadas de forma a dar assistência e apoio a estes casos e o Estado comparticipa”⁸²⁶. Contudo, mais do que a realização do parto em casa, a tônica é posta na liberdade que é dada à mulher que decide onde e como quer ter o seu filho:

O Sistema Nacional de Saúde britânico suporta a maior parte das opções de parto. E opção é a palavra correcta. Em casa, às mãos de parteiras experientes, no hospital, sob o olhar dos obstetras, ou em pequenas unidades com ambiente familiar, as inglesas têm a liberdade de decidir onde e como vão dar à luz. O Estado comparticipa.⁸²⁷

A possibilidade de decidir onde e como querem que decorra o parto, designadamente, se desejam ou não o recurso a determinados procedimentos médicos, parece ser, de facto, importante para as mães. Como testemunha uma mãe, agradecendo a informação disponibilizada pela revista:

Graças ao vosso artigo, senti-me «autorizada» a poder escolher e a decidir, em consciência e informada, que não queria ser submetida a episiotomia. Foi muito importante sentir o peso da minha decisão na forma como decorreu o parto e a minha recuperação. Agradeço à PAIS&Filhos, porque me informou e permitiu decidir, e ao meu médico porque respeitou a minha decisão.⁸²⁸

825 Esteves, A. (2003, Dezembro). Nascer em família. *PAIS&Filhos*, 21-26.

826 Amorim, M. J. (2007, Outubro). Medos & mitos. *PAIS&Filhos*, 20-24.

827 Amorim, M. J. (2006, Setembro). Como se nasce lá fora. *PAIS&Filhos*, 32-37.

828 Viegas, V. D. (2006, Julho). Episiotomia [carta de leitores]. *PAIS&Filhos*, 10.

Pelo que foi anteriormente exposto pode perceber-se que a excessiva quantidade de intervenções médicas, consideradas muitas delas desnecessárias, quando se está perante um parto de baixo risco, é uma das principais críticas realizadas por aqueles que defendem a humanização do parto, que censuram a redução de “um acontecimento desta dimensão a uma manipulação tecnológica em nome da segurança”⁸²⁹, ou seja, a prática corrente de uma medicina preventiva.

Um dos aspectos mais visível daquilo que é considerado a excessiva medicalização do parto, e mais criticado, é a utilização rotineira de algumas técnicas, tais como a episiotomia, a monitorização cardíaca fetal ou a indução do parto, que “começaram por usar-se em caso de necessidade e que se foram tornando norma – todas elas, em grau maior ou menor, discutíveis”⁸³⁰ e cujo uso generalizado assenta, segundo aqueles que as criticam, no pressuposto de que “a tecnologia é superior a natureza”⁸³¹, assim como “na convicção de que a mulher não é capaz de dar à luz”⁸³².

É de salientar que não são só os autores dos artigos que criticam a utilização rotineira de alguns procedimentos médicos. Estas práticas também são consideradas invasivas por algumas mulheres, que solicitam orientação no sentido de as evitar:

Estou grávida do meu terceiro filho e gostaria que ele nascesse o mais naturalmente possível. Nos partos anteriores tudo correu bem, mas detestei as "rotinas" do hospital, nem em todas vi razão de ser e achei algumas invasivas. A questão é como posso evitar ou diminuir essas intervenções de rotina (o soro, o clister, a ocitocina, o marido não poder participar, etc.).⁸³³

Defende-se, em suma, um maior respeito pela fisiologia do parto e acredita-se nas capacidades naturais da mulher para dar à luz. Contudo, a maioria das mulheres continua a parir de uma forma convencional, sob o controlo médico e sujeitas aos procedimentos típicos de um parto medicalizado.

829 Pinto, P. V. (1997, Junho). Ter um bebé em casa: Parto natural em dois capítulos (II Parte). *PAIS&Filhos*, 103-106.

830 *Ibid.*

831 Amorim, M. J. (2006, Maio). Episiotomia: Sim ou não? *PAIS&Filhos*, 30-34.

832 *Ibid.*

833 João, M. (1996, Outubro). Parto natural [carta de leitor]. *Crescer*, 11.

Tendo em conta este facto, e perante a necessidade de preparar as mães para este momento, os autores vão informá-las sobre tudo o que se irá passar antes, durante o parto e, ainda, no período pós-parto, para que o enfrentem com maior segurança e tranquilidade. Como escreve a psicóloga Rita Luz:

Cada vez mais, e mais abertamente, se fala desse momento que é o nascimento de um filho. Desde livros e artigos até às aulas de preparação para o parto, passando pelas consultas de acompanhamento da gravidez, as mães encontram, hoje, diferentes fontes de informação que as preparam para o que, inevitavelmente, irá acontecer. Os conhecimentos acerca de como se processa o trabalho de parto ajudam-nas a tomar consciência das exigências físicas e emocionais que vão enfrentar e permitem-lhes, antecipadamente, tomar decisões e ensaiar as estratégias que irão ser úteis no momento em que «tudo acontece».⁸³⁴

Os relatos sobre o parto, quer digam respeito aos momentos que o antecedem, quer ao nascimento em si, são abundantes e detalhados. A divulgação de informação não é, porém, o único objectivo dos autores, isto é, para além de divulgarem os conhecimentos considerados necessários para securizar as grávidas, vão procurar orientar as parturientes indicando-lhes, em cada etapa, as atitudes e os comportamentos que devem adoptar em cada situação.

*Sinais de parto: Chegou a hora!*⁸³⁵ - Uma vez que é impossível determinar com “exactidão matemática”⁸³⁶ a data em que o bebé irá nascer, a mulher deverá ter a capacidade de perceber que está a entrar em trabalho de parto. Ou seja, deve ser capaz de reconhecer os sinais que lhe permitem distinguir o falso do verdadeiro trabalho de parto, assim como de identificar o momento em que entra na fase activa, altura propícia à entrada na maternidade: “Quando as contracções são regulares em ritmo e intensidade e o colo já dilatou pelo menos três centímetros, é chegada a fase activa do trabalho de

834 Luz, R. (2006, Março). O trabalho de parto do pai. *PAIS&Filhos*, 26-30.

835 Hermida, M. (1999, Agosto). Sinais de parto: Chegou a hora! *PAIS&Filhos*, 19-20.

836 *Ibid.*

parto, ideal para o internamento”⁸³⁷.

Os autores têm ainda o cuidado de informar as mães sobre situações concretas que, por poderem ser indício de uma emergência médica, devem levar a que a mulher se dirija imediatamente para o hospital:

Quando deve apressar-se? Se o líquido que saiu da bolsa for escuro, amarelado, esverdeado ou avermelhado, se houver hemorragia intensa ou se a barriga ficar dura como se fosse uma casca de árvore, vá para a maternidade o mais depressa possível, pois essas situações configuram emergências médicas.⁸³⁸

Gostaríamos ainda de acrescentar que a preocupação em indicar às mulheres quando é que se devem deslocar para a maternidade deriva do facto de existir uma tendência, segundo os autores, para estas se encaminharem para o hospital cedo demais. Esta pressa é atribuída, por um lado, à ansiedade que rodeia este momento e, por outro, à ignorância quer dos sinais de entrada em trabalho de parto, quer do início da fase activa considerada o momento ideal para o internamento:

Não raro, ouvimos histórias de mulheres que se apresentaram na urgência da maternidade cheias de contracções e foram "devolvidas" aos maridos até surgirem novos sintomas. Na verdade, a ansiedade é um estado de espírito que aumenta consideravelmente à medida que o tempo passa e a barriga vai crescendo. É, pois, perfeitamente aceitável que a mulher, que esperou nove meses, quase um ano, tenha alguma pressa em ver-se livre daquele incómodo apêndice e, enfim, conhecer o tão esperado filho. E, quando pensa que vai ser naquele dia, vem o balde de água fria, afinal a dilatação ainda não é a desejada e as contracções são fortes, mas ainda não suficientes. Só lhes resta voltar para casa e esperar calmamente.

Ansiedade, pressa, curiosidade, inexperiência, seja o que for que lhe queiram chamar, o facto é que a maior parte das grávidas, que vão ser mães pela primeira vez, esperam o momento do primeiro sinal de parto sem saberem

837 Landeiro, M. J. (1998, Janeiro). Uma hora pequenina. *PAIS&Filhos*, 20-22.

838 Anónimo (1994, Maio). Vencer medos e evitar riscos. *Crescer*, 20-26.

reconhecê-lo na prática. Daí as entradas prematuras na urgência da maternidade.⁸³⁹

Para além do desconhecimento acerca dos sinais de parto, muitas mulheres também ignoram o que as espera quando entram numa maternidade. É com base nesta realidade e dada a importância atribuída à informação quer como elemento securizante, como anteriormente referido, quer como base da tomada de decisões, pois “uma decisão consciente passa sobretudo por saber claramente quais as opções em causa”,⁸⁴⁰ - que os autores vão proceder à descrição de tudo o que acontece desde o momento em que a mãe transpõe as portas da maternidade, até ao instante em que tem o seu filho nos braços.

*Tudo o que acontece na maternidade*⁸⁴¹ - Chegada à maternidade, a mãe vai confrontar-se com um conjunto de rotinas e procedimentos hospitalares para os quais os autores têm a preocupação de prepará-la descrevendo o que normalmente acontece nessa situação:

A enfermeira que recebe a grávida pretende tomar conhecimento de quando começaram as contracções, a periodicidade e a intensidade das mesmas, se a bolsa das águas já rompeu, entre outras coisas. Em seguida é entregue o vestuário próprio para a parturiente. As funções da profissional de saúde, neste momento, são:

Colher uma amostra de urina;

Verificar o pulso;

Medir a tensão arterial e a temperatura;

Ver se há derramamento de líquido amniótico, perda de sangue ou eliminação de muco.

Entretanto, o médico assistente pretende tomar conhecimento de todo o historial, pelo que é importante não se esquecer de levar o Boletim de Saúde da Grávida.

Posteriormente, a parturiente é monitorizada. A avaliação do bem-estar do feto

839 Landeiro, M. J. (1998, Janeiro). Uma hora pequenina. *PAIS&Filhos*, 20-22.

840 Nogueira, S. (1998, Julho). Crónica de uma gravidez anunciada. *Crescer*, 8-10.

841 Anónimo (2002, Novembro). Tudo o que acontece na Maternidade. *Crescer*, 14-15.

é efectuada através do cardiotocógrafo (o já mencionado CTG), que regista os batimentos cardíacos do pequeno ser, bem como a periodicidade das contracções. Quando estas estão com dois ou três minutos de intervalo, é colocado o soro.⁸⁴²

Como se pode verificar pela leitura do excerto acima transcrito, assim que entra na maternidade a mãe é alvo de um conjunto de procedimentos médicos, mais ou menos estandardizados.

Os procedimentos acima descritos – CTG, colocação do soro, toque e indução do parto - têm lugar antes da entrada na sala de partos, durante a fase designada de dilatação.

Monitorizada e preparada para o nascimento do seu filho, a etapa seguinte consiste na ida para a sala de partos onde ocorrem as duas últimas fases do processo, a expulsão e a dequitação, ou seja o tão esperado nascimento do bebé e a posterior expulsão da placenta e das membranas, que deverá ocorrer nos 30 minutos seguintes. Este é também o momento em que se tomam determinadas decisões médicas, tais como a escolha da via de parto ou a eventual realização da episiotomia:

A dilatação está completa, as contracções são regulares e muito próximas e as dores apertam, caso não tenha sido administrada a epidural. A mulher sente, mesmo vontade de fazer força e chega a pensar que vai evacuar. É, pois, chegado o momento em que é decidido se o parto é eutócico ou distócico, ou seja, se a criança vai nascer naturalmente ou é necessário recorrer à cesariana ou à ajuda de forceps ou ventosa.

Um elemento essencial para que tudo corra da melhor forma possível é a colaboração entre mãe e equipa técnica, que assume especial importância na fase da expulsão, sendo a mulher aconselhada a seguir atentamente as instruções que lhe vão sendo dadas:

842 Anónimo (2002, Novembro). Tudo o que acontece na Maternidade. *Crescer*, 14-15.

Nesta fase, é requerida a colaboração materna: durante a contracção, deverá manter o ar dentro dos pulmões e contrair os músculos da parede abdominal de modo a 'empurrar' o feto para fora - é o período expulsivo! É muito importante que se concentre unicamente nestas manobras, seguindo atentamente as orientações de quem a ajuda no parto.⁸⁴³

Para além das descrições dos partos tradicionais surgem ainda nas revistas analisadas descrições de outro tipo de partos, considerados mais naturais e propiciadores de um maior conforto para a mulher, tais como o parto de cócoras ou na água, sendo também salientadas as suas vantagens para o bebé.

No que diz respeito ao parto de cócoras, segundo os seus defensores, este diminui o risco de algumas doenças e permite que o bebé nasça com uma maior vitalidade:

- Como participa activamente no parto, o recém-nascido tem uma maior vitalidade.
- A bolsa de água muitas vezes não se rompe e prepara o canal vaginal para a passagem da criança, que nasce protegida de pressões.
- Como o canal vaginal está mais aberto, a cabeça do bebé está sujeita a uma menor compressão. Assim, as doenças do sistema nervoso, como a paralisia cerebral, são pouco frequentes.
- A limpeza e a libertação das vias respiratórias da criança ocorrem espontaneamente, pois ela nasce na vertical, de cabeça para baixo. As doenças pulmonares, causadas principalmente pela aspiração de líquido amniótico, são raras.⁸⁴⁴

Relativamente ao parto na água, é referido que proporciona um nascimento mais suave para o bebé “porque, alegam os especialistas, na banheira, ele continua envolto em água, tal como estava no útero em líquido amniótico”⁸⁴⁵.

843 Santos, A. (2001, Fevereiro). Chegou o grande dia! *PAIS&Filhos*, 38-42.

844 Anónimo (1994, Julho). De cócoras: Uma forma natural de ser mãe. *Crescer*, 29-31.

845 Anónimo (1999, Fevereiro). Para ter uma "hora pequenina": As melhores posições para o parto. *Crescer*, 10-13.

Todavia, os partos na água são alvo de alguma controvérsia entre a comunidade médica, designadamente no que diz respeito à segurança do bebé. Os seus críticos alertam para a existência de um conjunto de riscos para a criança, entre os quais se destacam os danos neurológicos, a aspiração de água ou as pneumonias.

Contudo, mais importante do que a posição adoptada ou o meio em que se dá o nascimento, o que está aqui subjacente é a ideia de que existem várias alternativas possíveis, mais ou menos medicalizadas, e que a mulher deve conhecê-las e ter consciência dos riscos e das vantagens associadas a cada uma delas de forma a poder decidir, de uma forma consciente, qual a melhor opção para si:

A maioria das grávidas tem a imagem clássica do cenário do parto, tantas vezes visto no cinema ou na televisão: deitada numa cama cirúrgica cercada de médicos que manuseiam instrumentos e o futuro pai na sala ao lado à espera de notícias sobre o bebé e mãe. Se já está a planear o seu parto, saiba que, hoje, ele pode ser diferente da cena agora descrita. Em vez de ficar deitada, pode ter o seu filho de cócoras, de lado ou até mesmo sentada. Há, países em que o parto pode ser realizado na água, numa banheira ou em cadeiras especiais que oferecem diferentes posições. Tem ainda liberdade para escolher quem vai estar ao seu lado nesse momento.⁸⁴⁶

A liberdade de escolha do acompanhante, referida no excerto acima transcrito, é uma das inovações dos tempos actuais e tem como principal consequência a entrada, ainda que por vezes tímida, dos pais na sala de partos.

*Pais na sala de partos*⁸⁴⁷ - A presença do pai no momento do parto é considerada “uma das grandes mudanças na forma de encarar o nascimento”⁸⁴⁸. Desta forma, um momento vivido em exclusivo pela mãe passa a ser entendido como algo que deve ser vivido a dois, transformando-se assim numa “experiência partilhada entre os

846 Anónimo (1999, Fevereiro). Para ter uma "hora pequenina": As melhores posições para o parto. *Crescer*, 10-13.

847 Fonseca, L. (1999, Agosto). Pais na sala de partos [Cartas dos leitores]. *PAIS&Filhos*, 10.

848 Amorim, M. J. (2007, Outubro). Medos & mitos. *PAIS&Filhos*, 20-24.

membros do casal”⁸⁴⁹.

Permitida por lei, embora nem sempre facilitada pelos contextos hospitalares, a presença do pai no momento do nascimento do seu filho parece ser uma realidade cada vez mais frequente. Para tal terá também contribuído a percepção que esta presença tem efeitos benéficos, quer no que diz respeito à criança, pois “para o bebé, é um tesouro haver um acréscimo de vinculação”⁸⁵⁰, quer relativamente ao apoio emocional prestado à mãe.

As próprias mulheres revelam a importância que assume a presença do seu parceiro junto a si, reclamando quando tal não acontece e exigindo que a participação do pai seja uma realidade concreta, e não apenas mais uma medida legislativa:

No dia 10, quando entrei no hospital acompanhada pelo meu marido, fui obrigada a separar-me dele a partir do momento em que me dirigi para a zona de trabalhos de parto. «Agora o senhor vai para casa e espera lá» foram estas as palavras de uma enfermeira que me acompanhava. Onde fica o papel tão importante e decisivo do homem no dia em que culmina a gestação e a partir do qual pode, de facto, ser tratado por pai? Terão realmente os tempos mudado?⁸⁵¹

No entanto, apesar da importância atribuída à presença do pai, há o cuidado de alertar para a possível existência de algum fundamentalismo em relação a esta questão. As mães são assim aconselhadas a respeitar a decisão do parceiro, no caso de este não desejar estar presente no momento do parto, com base no argumento de que estes muitas vezes não se sentem preparados para tal situação:

Mas nem todos os homens se sentem preparados para um momento destes. Falta de à vontade, falta de sangue frio, falta de serenidade. A ideia de ver nascer o filho pode trazer ansiedade e angústia aos homens e eles não deverão ser culpabilizados por isso. O essencial é o desejo de ambos os pais.⁸⁵²

849 Amorim, M. J. (2007, Outubro). Medos & mitos. *PAIS&Filhos*, 20-24.

850 *Ibid.*

851 Fonseca, L. (1999, Agosto). Pais na sala de partos [Cartas dos leitores]. *PAIS&Filhos*, 10.

852 Amorim, M. J. (2007, Outubro). Medos & mitos. *PAIS&Filhos*, 20-24.

Com ou sem a presença do pai, depois de nascer e de um primeiro contacto com a mãe, o bebé vai ser alvo de um conjunto de manobras e procedimentos médicos que fazem parte da rotina de qualquer parto e cujo principal objectivo é assegurar a saúde do bebé.

Ainda na sala de partos, e logo após o nascimento, a criança é alvo de um conjunto de procedimentos médicos - aspiração, corte do cordão umbilical, avaliação da vitalidade, limpeza, identificação, anotação do peso e da altura, administração de injecções e colírios -, que os autores têm a preocupação de descrever de uma forma minuciosa, para que as mães as conheçam e compreendam o porquê da sua realização.

«Manobras» indispensáveis para saber se está tudo em ordem⁸⁵³ - Ainda antes da terminada a expulsão do bebé, e assim que a sua cabeça emerge, é realizada a aspiração, que tem como função “eliminar qualquer líquido ou muco das vias respiratórias do bebé, para que ele possa respirar com facilidade”⁸⁵⁴. Esta manobra é alvo de alguma controvérsia, enquanto alguns especialistas defendem a sua realização, “outros há que preferem deixar que estas saiam naturalmente, desde que o bebé não revele dificuldades em respirar”⁸⁵⁵. Após a remoção das mucosidades, procede-se, regra geral, ao corte do cordão, embora haja obstetras que “preferem esperar pela saída da placenta ou que o cordão pare de pulsar”⁸⁵⁶.

A esta operação sucede-se a avaliação da vitalidade, primeiro exame geral de saúde a que é sujeito o bebé. Este *diagnóstico relâmpago*, realizado através do teste de Apgar no primeiro minuto de vida e repetido cinco minutos depois, permite ao pediatra ter “uma ideia do estado geral da criança e da sua capacidade de reagir à vida fora do útero materno”⁸⁵⁷, através da avaliação de cinco parâmetros, cotados de 0 a 2: frequência cardíaca; regularidade dos movimentos; tónus muscular; reacção à estimulação cutânea; e, cor da pele.

A atribuição da nota máxima (10), no primeiro minuto de vida, é muito rara. Tal

853 Baptista, I. B. (1998, Novembro). Boletim de saúde. *PAIS&Filhos*, 20-22.

854 Anónimo (2007, Fevereiro). Anteveja as primeiras horas do bebé. *Crescer*, 28-29.

855 Need, P. (1995, Agosto). As primeiras 48 horas do seu bebé. *PAIS&Filhos*, 18-20.

856 Anónimo (2007, Fevereiro). Anteveja as primeiras horas do bebé. *Crescer*, 28-29.

857 Anónimo (1998, Janeiro). 2 anos para ganhar o mundo. *Crescer*, 26-29.

é devido, na maioria dos casos, à não atribuição do valor máximo no item cor da pele, pois o “recém-nascido só recebe nota dois quando nasce totalmente rosado – cor bastante diferente da que tinha dentro da barriga da mãe”,⁸⁵⁸ o que normalmente não acontece. Assim, o mais comum é, se tudo estiver bem com o bebé, “o seu índice de Apgar (...) totalizar 8 pontos ao primeiro minuto de vida e 10 ao fim de cinco minutos”,⁸⁵⁹. Uma pontuação inferior a oito indica, por sua vez, que o bebé necessita de cuidados especiais, tais como reanimação cardíaca ou “uma ventilação eficaz a fim de evitar possíveis lesões cerebrais por falta de oxigenação”,⁸⁶⁰. Contudo, as mães só terão motivo de preocupação se aos vinte minutos de vida o recém-nascido ainda apresentar um Apgar inferior a sete, pois tal indica a existência de problemas graves, tais como a paralisia cerebral.

Se tudo estiver bem, o bebé é limpo, pesado e medido, sendo-lhe então administrado um colírio, para prevenir infecções, e uma injeção de vitamina K, com a finalidade de evitar hemorragias. Seguidamente é vestido, de forma a manter a sua temperatura corporal, dado que os recém-nascidos “arrefecem bastante depressa por nascerem húmidos”,⁸⁶¹.

Depois de observado e devidamente identificado, aspecto essencial pois funciona como garantia de que no hospital “não lhe trocaram o João”,⁸⁶², o bebé é colocado junto da mãe, ficando ambos em vigilância no bloco de partos, durante algumas horas: “Depois de devidamente identificado, Alexandre voltou para o aconchego do colo da mãe. Durante hora e meia a duas horas eles ficaram sob observação e só depois subiram para o quarto piso de obstetrícia”,⁸⁶³.

Durante este período, mãe e bebé ficam pela primeira vez a sós, sendo muitas vezes o momento em que se inicia a amamentação. A amamentação precoce é defendida mesmo quando a mãe tem a intenção de alimentar artificialmente o seu filho, devido à

858 Anónimo (1994, Novembro). Após o parto o primeiro teste. *Crescer*, 28-29.

859 Baptista, I. B. (1998, Novembro). Boletim de saúde. *PAIS&Filhos*, 20-22.

860 *Ibid.*

861 Anónimo (2007, Fevereiro). Anteveja as primeiras horas do bebé. *Crescer*, 28-29.

862 Barros, J. L. (1994, Março). Viagem ao interior de uma maternidade: O que a espera!!! *PAIS&Filhos*, 44-46.

863 Nogueira, S. (1998, Novembro). Crónica de uma gravidez anunciada: Último capítulo - O nascimento. *Crescer*, 66-68.

protecção que o colostro confere: “Nas horas iniciais, o seu filho precisa de tomar o colostro: alimento precursor do leite materno, muito rico, rapidamente digerível, capaz de estabilizar os níveis de açúcar no sangue da criança. Além disso, transmite defesas contra bactérias e outros microorganismos”⁸⁶⁴.

A sós com o bebé este é também o momento em que a mãe se apercebe da sua fragilidade e total dependência, o que parece ser motivo de preocupação para as mães dos nossos dias, classificadas como inseguras, inexperientes e ansiosas.

A ausência de um contacto prévio com crianças contribui, em parte, para esse sentimento de insegurança, assim como para o surgimento de algumas dúvidas em relação à forma mais correcta de agir, especialmente se se trata de uma mãe de *primeira viagem*. Esta é a percepção dos autores que defendem que “a maior parte das mulheres que vão estreitar-se no papel de mães sentem-se inseguras e mal informadas”⁸⁶⁵, chegando, inclusivamente a “não saber o que fazer com um serzinho tão pequenino”⁸⁶⁶.

Este facto é confirmado pela enfermeira Capitolina Oliveira, que exerce funções há 36 anos no serviço de Obstetrícia do Hospital Particular de Lisboa. Apesar de considerar que as mulheres de hoje estão muito preparadas para o parto, esta enfermeira realça o facto de que muitas delas “não fazem a mais pequena ideia do que vai acontecer nos primeiros três dias do bebé”⁸⁶⁷.

Neste contexto, é realçado o papel que a equipa de enfermagem deverá desempenhar, auxiliando, apoiando e ensinando a mãe, para que esta se sinta mais segura no exercício da sua nova função:

Não se preocupe que o pessoal da maternidade - médico, parteira ou enfermeiras - tratarão de a informar sobre tudo o que precisa de saber sobre a higiene (e afins!) do seu bebé! Faça o possível por ouvir tudo o que têm para lhe dizer sobre este assunto com a máxima atenção, pois vai ser-lhe muito útil: regras de higiene, precauções, medicamentos, mudar fraldas, lidar com as cólicas, tratar

864 Anónimo (2004, Novembro). A primeira “vacina” do bebé. *Crescer*, 9.

865 Landeiro, M. J. (1998, Janeiro). Uma hora pequenina. *PAIS&Filhos*, 20-22.

866 *Ibid.*

867 Amorim, M. J. (2004, Novembro). Amor à segunda vista. *PAIS&Filhos*, 39-44.

do cordão umbilical, fazer massagens, dar banho, enfim, todas as instruções que deverá seguir durante o puerpério!⁸⁶⁸

A estadia no hospital dura habitualmente entre 48 horas, no caso de parto normal, a cinco dias, tempo de internamento normal quando é realizada uma cesariana. Findo este período, e depois de serem observados de forma a garantir que tudo está bem, mãe e bebé partem para casa onde, pela primeira vez, vão estar verdadeiramente a sós, sem técnicos disponíveis para auxiliar em caso de dúvida.

A entrada em casa, agora verdadeiramente na condição de mãe, é entendida como um momento gerador de grande emoção – “Entrar em casa com um filho pela primeira vez. É como se o bebé nascesse de novo. Dias antes para o Mundo. Agora só para nós. Só para a família. É mesmo uma emoção”⁸⁶⁹ -, mas também de angústia e de insegurança, de muitas interrogações:

Mesmo depois de ter assistido a todas as aulas de preparação para o parto, de ter comprado todos os manuais infantis e lido todas as revistas sobre bebés, nada disso (absolutamente nada!) a faz sentir mais preparada neste momento. Sente um arrepio na espinha, porque ser mãe é uma novidade para si... e também sabe que agora tem uma nova responsabilidade, que é a de cuidar de um ser ainda indefeso, e tem de fazer tudo para dar o seu melhor. É nesta altura que se questiona sobre o que terá de fazer e como, a quem deve pedir conselhos, o que vai acontecer daqui para a frente... Enfim, um mundo de perguntas para as quais ainda não encontrou respostas!⁸⁷⁰

É precisamente com a finalidade de responder a todas as dúvidas que assaltam as mães, principalmente as de *primeira viagem*, que os autores vão procurar transmitir os ensinamentos necessários para criar e educar as crianças.

868 Anónimo (2005, Junho). Sozinha com o bebé... e agora? *Crescer*, 26-28.

869 Dentinho, I. (1996, Novembro). Uma mãe em condições! *PAIS&Filhos*, 60.

870 Anónimo (2005, Junho). Sozinha com o bebé... e agora? *Crescer*, 26-28.

III.4.2. Criar

As referências aos aspectos relacionados com os cuidados quotidianos a prestar à criança - alimentação, higiene, sono, saúde e doença – têm como principal objectivo a prevenção da doença, mas são também entendidos como momentos favoráveis ao fortalecimento da relação mãe-criança, contribuindo, assim, para o seu desenvolvimento emocional.

Este é um aspecto que causa alguma preocupação às mães, que escrevem para as revistas, com o objectivo de se informarem sobre a melhor forma de criar os seus filhos, ou, como escreve uma mãe, “para não correr riscos”⁸⁷¹.

A alimentação, aspecto que iremos abordar em seguida, é uma das questões que mais preocupa as mães. Como afirma a psicóloga Albertine Santos “nos primeiros anos de vida dos filhos, os motivos de preocupação dos pais (sobretudo das mães) prendem-se muitas vezes com a alimentação das crianças”⁸⁷².

Esta obsessão é visível nas cartas que escrevem para as revistas, colocando questões sobre quando devem introduzir determinados alimentos – “A partir de que idade posso começar a dar papas salgadas ao meu filho?”⁸⁷³; como devem proceder para resolver o problema da falta de apetite – “Tenho uma filha de 21 meses que está a passar por um fase de falta de apetite e, por isso, cada vez come menos. Haverá algum tipo de alimento ou substância que possa oferecer-lhe, para que lhe estimule o apetite?”⁸⁷⁴; ou, ainda, como lidar com a informação contraditória transmitida pelos peritos:

Quando a minha filha fez um ano o pediatra disse-me que podia dar-lhe a nossa comida, excepto carne de porco, enchidos e marisco. Agora tenho um filho com um ano e meio e o pediatra, que é outro, proibiu apenas as comidas com muito

871 Cardoso, L. (1998, Março). Quando introduzir os citrinos? [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 8.

872 Santos, A. (1996, Março). Comer: Um prazer ou um castigo? *PAIS&Filhos*, 64.

873 Guerreiro, M. C. (1998, Julho). Papas salgadas [carta ao editor]. *Crescer*, 83.

874 Pinto, P. (1998, Janeiro). Estimulante de apetite [carta ao editor]. *Crescer*, 8.

sal, picantes e os enchidos. Qual deles está certo?⁸⁷⁵

Os autores vão assim procurar informar as mães indicando como proceder para que os seus filhos tenham uma alimentação saudável e equilibrada.

III.4.2.1. Alimentação

Um regime alimentar saudável e equilibrado é um elemento essencial na prevenção de um conjunto de doenças, entre as quais se destaca a obesidade, um dos problemas de saúde que mais preocupa os autores devido à sua elevada prevalência, à precocidade com que surge: “o excesso de peso começa a ser uma condição visível em crianças em idade pré-escolar”⁸⁷⁶, assim como às consequências que tem na saúde não só da criança, mas também do adulto em que esta se tornará:

O último relatório da International Obesity Task Force (IOFT) é revelador. Os países do Sul da Europa têm os valores mais elevados de excesso de peso e obesidade infantil no continente europeu. Portugal está na lista de países com números mais preocupantes. (...) Segundo a IOFT, o excesso de peso e obesidade infantil colocam graves problemas de saúde na próxima geração de adultos. Doenças do aparelho cardiovascular, distúrbios endócrinos, diabetes e certos tipos de cancro serão cada vez mais comuns.⁸⁷⁷

A concepção da alimentação como um factor protector contra a doença é uma das razões que está na origem da defesa da amamentação, considerada “o método óptimo de alimentação dos bebés nos primeiros meses de vida”⁸⁷⁸.

*Dar de mamar: Vamos a isso?*⁸⁷⁹ - Amamentar parece estar na moda e a maioria das crianças são amamentadas, pelo menos nas primeiras semanas de vida. O problema

875 Martins, L. (1997, Junho). Dieta alimentar [carta ao editor]. *Crescer*, 11.

876 Anónimo (2007, Fevereiro). Obesidade ataca cada vez mais cedo. *PAIS&Filhos*, 74.

877 Anónimo (2004, Julho). Obesidade infantil aumenta na Europa. *PAIS&Filhos*, 40.

878 Gomes, A. (2004, Setembro). A importância do aleitamento materno. *PAIS&Filhos*, 38-42.

879 Mestre, L. (1999, Abril). Dar de mamar: Vamos a isso? *PAIS&Filhos*, 28-30.

reside no desmame precoce. Actualmente “calcula-se que cerca de 25% das mães que iniciaram a amamentação aos seus filhos a abandonaram ao fim de seis semanas”⁸⁸⁰, a maioria delas por não conseguir “adquirir uma técnica correcta de amamentação e, por conseguinte, não conseguir estabelecer uma rotina eficaz”⁸⁸¹, contrariando assim as recomendações da Organização Mundial de Saúde, que aconselha que as crianças sejam amamentadas exclusivamente até aos seis meses de vida.

Informadas sobre as vantagens da amamentação, o que contribuirá para que inicialmente dêem de mamar aos seus filhos, como testemunha uma mãe: “Eu tinha na cabeça todas aquelas regras de bom comportamento sobre a alimentação e, obviamente, nem hesitei quanto ao facto de o amamentar”⁸⁸², este conhecimento não é suficiente para garantir a sua continuidade: “mesmo com as informações que circulam por aí, e com todas as campanhas de aleitamento materno veiculadas na última década, os índices de desmame continuam alarmantes”⁸⁸³.

Tal é atribuído, pelo menos em parte, às dificuldades sentidas pelas mulheres que, como relata uma mãe, podem levá-las a desistir de amamentar:

Durante os três dias em que estive internada, as enfermeiras ajudaram-me e tudo correu relativamente bem, apesar de já ter saído da maternidade com os mamilos muito doridos. Depois tudo piorou. Os mamilos estavam cada vez mais doridos, gretados e a sangrar. A bebé chorava com fome e, quando lhe dava peito, ela mamava (pensava eu!) com tanta sofreguidão que o mamilo piorava cada vez mais. Começou a não aumentar de peso e acabei por desistir e por lhe dar biberão.⁸⁸⁴

Defensores da amamentação e conscientes do papel que a vontade e a determinação da mãe desempenham no seu sucesso, os autores vão utilizar duas estratégias com o objectivo de convencer as mulheres a amamentarem os seus filhos: vão salientar as vantagens da amamentação, quer para o bebé, quer para a mãe, face às

880 Mestre, L. (1999, Abril). Dar de mamar: Vamos a isso? *PAIS&Filhos*, 28-30.

881 *Ibid.*

882 Rosendo, G. (1994, Novembro). Ele tem fome! *PAIS&Filhos*, 76.

883 Anónimo (1996, Janeiro). Amor e saúde na dose certa. *Crescer*, 18-22.

884 Ferreira, A. M. (1999, Fevereiro). Dar de mamar [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 10.

outras formas de aleitamento, e indicar como devem proceder para sejam bem sucedidas.

Uma das vantagens da amamentação é diminuir o risco das crianças virem a sofrer de um conjunto de doenças, tais como a obesidade: “A amamentação exclusiva nos primeiros meses, adiantam os investigadores, faz, pelo contrário, diminuir este risco [de obesidade]”⁸⁸⁵, a miopia: “as crianças amamentadas têm metade da probabilidade de virem a sofrer de miopia”⁸⁸⁶, ou as infeções, por conter “vitaminas, proteínas, ácidos gordos essenciais e anticorpos que contribuem para o amadurecimento do sistema imunológico do bebé”⁸⁸⁷.

Para além destes benefícios, relacionados com a preservação da saúde, amamentar favorece ainda a existência de “uma relação muito especial entre a mãe e o bebé”⁸⁸⁸, pela proximidade física que possibilita: “o contacto visual e físico é intenso e tranquilizador”⁸⁸⁹, assim como o desenvolvimento da inteligência: “Estudos recentes confirmam que as crianças amamentadas durante os primeiros nove meses de vida tendem a tornar-se mais inteligentes”⁸⁹⁰.

O bebé não é, porém, o único beneficiado com a amamentação. Amamentar tem também vantagens para a mãe, entre as quais se destacam a recuperação mais rápida do peso anterior à gravidez, assim como uma diminuição do risco de vir a sofrer de cancro da mama ou do ovário. Para além de mais saúde, a amamentação também parece proporcionar uma maior tranquilidade, contribuindo também para o bem-estar psicológico, já que reduz a probabilidade da mulher vir a sofrer de depressão pós-parto.

São ainda referidos outros benefícios, relacionados com aspectos mais práticos, designadamente o ser mais económica, por comparação com o aleitamento artificial ou misto, e prática, já que o leite materno está “sempre pronto e à temperatura ideal”⁸⁹¹, não requerendo, por isso, qualquer tipo de preparação.

885 Anónimo (2005, Junho). O peso dos bebés e a obesidade. *PAIS&Filhos*, 120.

886 Anónimo (2005, Agosto). Leite materno previne miopia. *Crescer*, 4.

887 Anónimo (2005, Abril). “Posso interromper e voltar a dar de mamar?”. *Crescer*, 28-29.

888 Need, P. (1996, Março). Dar de mamar: Quem disse que era fácil? *PAIS&Filhos*, 24-26.

889 Anónimo (2004, Janeiro). Gestos que promovem afecto. *Crescer*, 21.

890 Anónimo (2002, Julho). Dar peito favorece a inteligência. *Crescer*, 3.

891 Need, P. (1996, Março). Dar de mamar: Quem disse que era fácil? *PAIS&Filhos*, 24-26.

Face à repetição constante destes benefícios, a ideia de “que só há vantagens em amamentar”⁸⁹² transforma-se em algo *universalmente aceite*, em senso comum. Como escreve uma mãe:

Todos concordam que os primeiros três meses são indispensáveis - porque não há melhor alimento que o leite materno, porque o leite materno tem os anticorpos necessários à preservação da saúde da criança, porque a licença de parto o permite e porque, além de tudo isto, assim se convencionou neste mundo moderno, e todos nós gostamos de fazer aquilo que nos mandam fazer para o bem dos nossos filhos.⁸⁹³

Apesar de natural, este não é um processo fácil. Muitas mulheres experimentam dificuldades que, como anteriormente referido, podem levar ao seu abandono: “A grande maioria das mulheres produz leite suficiente para alimentar os filhos, mas nem sempre sabe como fazê-lo. Além disso, apesar de ser um processo natural, a amamentação pode revelar-se complicada e difícil”⁸⁹⁴.

Assim, os autores vão informar as mães sobre alguns cuidados que devem ter para que tudo corra da melhor forma possível: “Para ajudar as jovens mães a desempenharem essa tarefa com à-vontade e tranquilidade, preparámos um pequeno passo a passo exemplificativo de como deve decorrer o aleitamento”⁸⁹⁵. São precisamente esses conselhos que passaremos a apresentar.

*Deixe que seja o bebé a dirigir as operações*⁸⁹⁶ - No que diz respeito à frequência das mamadas, a opinião consensual é de que o bebé deve ser alimentado sempre que demonstre vontade:

O importante é ter em mente que, quanto mais o bebé mamar, mais leite é produzido e que os bebés devem mamar em regime livre e não com um horário fixo. E, o mais importante de tudo, que não há dois bebés nem duas mães iguais.

892 Esteves, A. (1999, Dezembro). Leite materno: O melhor remédio. *PAIS&Filhos*, 28-30.

893 Rosa, M. A. de C. (1997, Outubro). Dar de mamar [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 8.

894 Amorim, M. J. (2007, Outubro). Medos & mitos. *PAIS&Filhos*, 20-24.

895 Anónimo (1999, Fevereiro). Conselhos para uma amamentação perfeita. *Crescer*, 16-17.

896 Need, P. (1996, Março). Dar de mamar: Quem disse que era fácil? *PAIS&Filhos*, 24-26.

A amamentação é uma dança. Mãe e bebé têm de encontrar o seu próprio ritmo.⁸⁹⁷

Deste modo, as mães são aconselhadas a colocar a dar “de mamar tantas vezes quantas o bebé quiser”⁸⁹⁸, inclusivamente durante a noite, razão pela qual “muitos especialistas recomendam que o bercinho da criança fique perto da cama dos pais durante algum tempo”⁸⁹⁹. Procedendo desta forma, garantem, por um lado, que as necessidades da criança são satisfeitas e, por outro, que a produção de leite será suficiente para alimentar a criança, já que esta funciona “num sistema perfeito de oferta – procura”⁹⁰⁰.

A amamentação frequente é também um meio de evitar as mastites, assim como o encaroçamento dos seios ou o ingurgitamento mamário, problemas que podem estar na origem do desmame precoce da criança.

Outro dos problemas que podem levar ao abandono da amamentação é a insuficiência de leite. Dado que a quantidade de leite é influenciada por factores externos, tais como o tipo de alimentação ou o estado emocional da mãe, os autores vão indicar quais os cuidados que as mulheres devem ter consigo próprias, para que consigam alimentar eficazmente os seus filhos.

No que diz respeito à alimentação, devem, tal como na gravidez, seguir um regime equilibrado, evitando as dietas, pois “as mães que amamentam enquanto fazem dieta cortando calorias podem estar a privar os seus bebés das proteínas necessárias ao desenvolvimento”⁹⁰¹.

Devem ainda ter em conta que o leite vai ter o sabor dos alimentos que ingerem, assim como a possibilidade de alguns deles causarem cólicas ou alergias nos bebés. As mães são aconselhadas a preferirem os alimentos que dão ao leite um bom sabor, reduzindo a ingestão quer daqueles que provocam um sabor desagradável, quer dos que podem ser responsáveis pelo surgimento de cólicas ou alergias:

897 Amorim, M. J. (2007, Outubro). Medos & mitos. *PAIS&Filhos*, 20-24.

898 Anónimo (1999, Setembro). Ritmo da mamada. *Crescer*, 6.

899 Anónimo (1996, Janeiro). Amor e saúde na dose certa. *Crescer*, 18-22.

900 Need, P. (1996, Março). Dar de mamar: Quem disse que era fácil? *PAIS&Filhos*, 24-26.

901 Anónimo (1998, Maio). Dieta na gravidez. *PAIS&Filhos*, 43.

- Use e abuse do salmão e peixes fumados, dos cominhos e ervas aromáticas e do funcho, pois são aromas muito apreciados pelos bebês.
- Evite cebolas, alhos, aipo, espargos e especiarias, pois dão mau sabor ao leite. (...)
- Modere também o consumo de feijão seco, grão, favas, ervilhas, café, chá preto e chocolate pois provocam cólicas.
- Os citrinos, por seu lado, predisõem o bebê para as alergias.⁹⁰²

Deverão ainda ter o cuidado de ingerir bastantes líquidos, cerca de dois litros por dia: “Beba muitos líquidos, de preferência água, leite, sumos de fruta e infusões”⁹⁰³. O café é de evitar, “pelo facto de ser excitante e demasiado agressivo”⁹⁰⁴, assim como os refrigerantes “que, além de fazerem inchar a barriga do bebê, contêm imenso açúcar”⁹⁰⁵, estando absolutamente proibida a ingestão de álcool.

Para além dos cuidados com a alimentação, a mãe deve repousar sempre que sinta necessidade disso, já que “a fadiga é uma das principais causas da obstrução, da seca do leite e de outros problemas associados à amamentação”⁹⁰⁶.

Para além das indicações relativas aos cuidados que a mãe deve ter consigo própria e aos horários, os *conselhos para uma amamentação perfeita* incluem ainda referências às características do ambiente que deve rodear a criança no momento em que esta é amamentada.

*Procure um local com um ambiente tranquilo para que tanto a mãe como o bebê possam estar calmos*⁹⁰⁷ - De forma a evitar que o bebê se distraia, assim como a favorecer o fortalecimento da relação, as mulheres são aconselhadas a amamentar os seus filhos num ambiente calmo. A mãe deve ainda assegurar-se previamente de que não será interrompida, tentando manter-se “o mais calma e relaxada possível”⁹⁰⁸. Tal atitude não só transmitirá um sentimento de tranquilidade ao bebê, como também irá

902 Anónimo (1998, Setembro). Amamentação. *PAIS&Filhos*, 18.

903 Anónimo (2000, Setembro). Dietas práticas. *PAIS&Filhos*, 32.

904 Anónimo (2000, Julho). Amamentar em segurança. *PAIS&Filhos*, 36.

905 Silva, F. M. (1997, Outubro). A volta da maternidade. *PAIS&Filhos*, 20-22.

906 *Ibid.*

907 Mestre, L. (1999, Abril). Dar de mamar: Vamos a isso? *PAIS&Filhos*, 28-30.

908 Need, P. (1995, Agosto). As primeiras 48 horas do seu bebê. *PAIS&Filhos*, 18-20.

facilitar a subida do leite.

Para além da atmosfera e do ambiente em que deve decorrer a amamentação, igualmente importante é a posição em que a mãe se coloca.

*Arranje uma boa posição!*⁹⁰⁹ – Apesar de serem referidas várias posições – “deitada, sentada ou em pé”⁹¹⁰ – a posição sentada parece ser aquela que reúne mais consenso, já que é a única que é descrita de forma mais detalhada. A mulher é aconselhada a arranjar “uma cadeira de braços que seja mesmo confortável para dar de mamar”⁹¹¹, já que nela permanecerá por algum tempo, podendo inclusivamente colocar “uma almofada sob o braço que irá servir de apoio ao seu bebé e outra nas suas costas, para acomodar-se bem”⁹¹².

Confortavelmente instalada, a mãe deve agora certificar-se de que o bebé se encontra na posição correcta, ou seja, deve colocá-lo no seu colo, tendo em conta os seguintes aspectos: “Todo o corpo do bebé deve estar voltado para a mãe (não só a cabeça), e as nádegas seguras com firmeza. Além disso, o pescoço do pequeno deve estar levemente estendido. Ele deve estar à mesma altura do seio”⁹¹³.

Depois de bem posicionado, resta colocá-lo a mamar, tendo o cuidado de o fazer de uma forma correcta.

*Ajude o bebé a mamar correctamente*⁹¹⁴ - Embora as mães precisem de aprender as técnicas de amamentação, “o bebé já vem ‘programado’ para mamar”⁹¹⁵, bastando estimular os reflexos que lhe vão permitir alimentar-se: os reflexos da busca e apreensão, da sucção e da deglutição.

Para tal, a mãe deve certificar-se de que o “bebé tem a boca bem aberta”⁹¹⁶, para que apanhe “todo o mamilo e auréola”⁹¹⁷, tendo o cuidado de deixar as narinas “livres

909 Need, P. (1996, Março). Dar de mamar: Quem disse que era fácil? *PAIS&Filhos*, 24-26.

910 Mestre, L. (1999, Abril). Dar de mamar: Vamos a isso? *PAIS&Filhos*, 28-30.

911 Need, P. (1996, Março). Dar de mamar: Quem disse que era fácil? *PAIS&Filhos*, 24-26.

912 Anónimo (1999, Fevereiro). Conselhos para uma amamentação perfeita. *Crescer*, 16-17.

913 Anónimo (2001, Outubro). Quais as melhores posições de amamentação. *Crescer*, 26-27.

914 Anónimo (1999, Fevereiro). Conselhos para uma amamentação perfeita. *Crescer*, 16-17.

915 Mestre, L. (1999, Abril). Dar de mamar: Vamos a isso? *PAIS&Filhos*, 28-30.

916 *Ibid.*

917 Need, P. (1996, Março). Dar de mamar: Quem disse que era fácil? *PAIS&Filhos*, 24-26.

para que ele possa respirar”⁹¹⁸. Esta posição possibilita que o bebé pressione melhor os canais de saída do leite, facilitando a amamentação e evita “que ele engula ar pelos cantos da boca”⁹¹⁹, prevenindo assim quer as cólicas, quer as regurgitações.

Esta é também uma questão particularmente importante devido aos problemas que uma *má pega* pode causar. Entre estes destaca-se o surgimento de gretas ou fissuras, responsáveis pelo desmame precoce das crianças.

As mães são ainda aconselhadas a dar de mamar nos dois seios, começando preferencialmente por aquele onde a criança mamou da última vez, de forma a garantir uma produção regular de leite. Colocado ao peito, a questão seguinte diz respeito ao tempo de duração da mamada.

A necessidade de garantir que os bebés mamam durante um tempo mínimo, entre 15 a 20 minutos, está na origem da preocupação com a duração das mamadas. Tal deve-se ao facto das propriedades do leite não permanecerem constantes: “O primeiro leite é mais aquoso, saciando-lhe a sede, enquanto o segundo, mais rico, lhe fornece a maioria dos nutrientes e do número de calorias que necessita”⁹²⁰.

Em relação ao tempo total de duração, as mães são aconselhadas a permitir que seja o bebé a regular o tempo de duração da mamada, isto é, a deixar o bebé mamar até ele próprio dar sinal de que está satisfeito.

Outro procedimento importante e que as mães não devem esquecer, já que é “responsável pelo bem-estar, conforto e boa digestão do bebé”⁹²¹, é o “tradicional arrotinho”⁹²². Quando acaba de mamar ou quando, durante a amamentação, evidencia sinais de desconforto, o bebé deve ser posto a arrotar de forma a expulsar o ar que engoliu: “Se o bebé já segurar a cabeça sozinho, deite-o de barriga para baixo. Também pode sentá-lo, mantendo-lhe as costas direitas, a fim de que o estômago fique mais

918 Anónimo (1996, Janeiro). Amor e saúde na dose certa. *Crescer*, 18-22.

919 Anónimo (1999, Fevereiro). Conselhos para uma amamentação perfeita. *Crescer*, 16-17.

920 Mestre, L. (1999, Abril). Dar de mamar: Vamos a isso? *PAIS&Filhos*, 28-30.

921 Anónimo (1998, Setembro). Um ritual imprescindível: A importância dos intervalos entre as mamadas. *Crescer*, 18-19.

922 Anónimo (1996, Janeiro). Ah, que colinho confortável!: Como pegar no bebé de modo a que se sinta seguro. *Crescer*, 32-34.

liberto”⁹²³.

Embora a defesa da amamentação seja uma questão consensual, a sua duração, ou seja, a data em que se deve iniciar o desmame está na origem de grandes polémicas, que serão apresentadas em seguida.

A questão do prolongamento da amamentação é uma das questões mais controversas no que diz respeito à alimentação da criança. Embora a Organização Mundial de Saúde recomende que a criança seja amamentada em exclusivo até aos seis meses de idade e como complemento até aos dois anos, muitos autores não vêem vantagens na amamentação durante um tão grande período de tempo.

Enquanto alguns pediatras, como Leonor Levy, defendem que “a amamentação tem um efeito dose-resposta, ou seja, quanto mais tempo se der de mamar, maiores serão os benefícios”⁹²⁴, tanto ao nível físico como emocional – “É um bocadinho de mimo e um bocadinho de anticorpos”⁹²⁵ -, outros são a favor de um desmame mais precoce, como, por exemplo, Fernando Chaves, que defende os seis meses como a idade ideal para terminar a amamentação: “Acho que este 'cordão' tem de ser cortado por volta dos seis meses. Quanto mais tarde largam a maminha, mais difícil é. Depois começam a usar a mama como chucha, o que é péssimo”⁹²⁶.

Face a tal divergência de opiniões a decisão é colocada, em última instância, nas mãos da mãe: “Mas voltando à questão central - até quando amamentar? - a verdade é que não há uma só resposta. Cada par mãe-bebé terá de encontrar a sua, de preferência livres de pressões exteriores”⁹²⁷.

Como afirma uma mãe, moderadora da *La Leche League* “Ninguém é melhor ou pior mãe por dar de mamar mais ou menos tempo”⁹²⁸, devendo, acima de tudo respeitar-se a sua decisão pessoal: “Casos há, no entanto, em que as mães não podem ou não desejam amamentar. E o respeito pela sua decisão, sem a culpabilizar, é a condição *sine*

923 Anónimo (2000, Novembro). Como fazê-lo arrotar. *Crescer*, 56.

924 Esteves, A. (2005, Janeiro). Contacto. *PAIS&Filhos*, 30-33.

925 *Ibid.*

926 *Ibid.*

927 *Ibid.*

928 *Ibid.*

qua non para uma parceria altamente correcta em saúde”⁹²⁹.

É precisamente a pensar nesses casos que os autores vão orientar as mães, indicando-lhes como devem proceder no caso de não amamentarem os seus filhos, ou seja, quais as regras que devem seguir no caso de decidirem alimentá-los artificialmente.

*Dar o biberão*⁹³⁰ - Apesar de não ser a alimentação ideal para o bebé, existem várias razões que podem levar as mães a optar pelo aleitamento artificial. As mulheres podem não amamentar por opção pessoal, por dificuldade em conciliar trabalho e amamentação, ou ainda, tal como anteriormente referido, por problemas surgidos no início do processo de amamentação.

Assim, o primeiro conselho dado a estas mães é em relação ao leite que vão dar ao filho, devendo estas ter o cuidado de escolher o leite mais apropriado para a idade do bebé: “não pense que pode dar-lhe qualquer dos leites especiais para bebés. Os leites de segunda fase - tipo Aptamil 2 ou Nidina 2 não são iguais aos de primeira fase”⁹³¹. Deverá ainda ter o cuidado de diluir o leite em água fervida ou mineral, de acordo com as instruções fornecidas na lata do leite: “Siga sempre as instruções da marca: utilize a colher/medida incluída na lata do leite, que deve ser cheia mas rasa, e adicione à água o número de colheres recomendado”⁹³².

Preparado o biberão, a mãe deve passar à fase seguinte, ou seja, dá-lo à criança. Apesar de aparentemente ser uma tarefa fácil, pode revelar-se “complicada para quem não tem experiência na matéria”⁹³³, razão pela qual os autores vão ensinar às mães como devem agir.

Em primeiro lugar, devem certificar-se de que o leite se encontra à temperatura adequada, deitando um pouco na parte interior do pulso: “A verificação da temperatura do leite faz-se vertendo um pouco sobre a parte interior do pulso – deve estar morno”⁹³⁴.

929 Cordeiro, M. (2003, Abril). O leite. *PAIS&Filhos*, 96-97.

930 Anónimo (1999, Dezembro). Dar o biberão. *PAIS&Filhos*, 36.

931 Rosendo, G. (1995, Agosto). Os alimentos sólidos. *PAIS&Filhos*, 64.

932 Anónimo (1997, Abril). Que delícia de biberão. *Crescer*, 32-34.

933 Anónimo (1999, Dezembro). Dar o biberão. *PAIS&Filhos*, 36.

934 Anónimo (2004, Julho). Regras de preparação do leite. *Crescer*, 13.

De seguida, com o bebé no colo e, tal como no caso de ser alimentado ao peito, “ligeiramente inclinado, cerca de 30°”⁹³⁵.

Quando o bebé termina, o leite que sobra deve ser deitado fora, pois mesmo que seja conservado no frio este pode ser alterado - “Não conserve os restos de leite num biberão, nem mesmo no frigorífico. Deite-os fora, imediatamente a seguir à refeição e lave logo a tetina e o biberão. Os micróbios desenvolvem-se até mesmo no frio”⁹³⁶ – e o biberão convenientemente lavado e esterilizado: “É preciso esterilizar os biberões diariamente (cerca de dez minutos em água a ferver), manuseá-los com uma pinça adequada e armazená-los num recipiente tapado e limpo”⁹³⁷.

Independentemente da forma como é alimentado nos primeiros meses, entre os 4 e os 6 meses “chega a altura (tão esperada pelos pais e pela família) de o bebé começar a comer outros alimentos que não o leite. Chama-se a isso a ‘diversificação alimentar’”⁹³⁸.

*Os alimentos sólidos*⁹³⁹ - O momento em que se deve iniciar este processo é alvo de alguma controvérsia, não existindo unanimidade em relação a uma idade específica: “Há médicos que defendem que, quanto mais tardia for a introdução de sólidos na alimentação do bebé, melhor. Outros aconselham que o leite deve começar a ser substituído logo a partir dos três meses”⁹⁴⁰.

A razão para esta variação prende-se, não só com diferenças entre as escolas médicas, mas também com o facto do momento em que se começam a introduzir novos alimentos na dieta do bebé ser determinado pelo seu nível de desenvolvimento, actividade e estado de saúde, e não pela sua idade cronológica: “a idade em que os alimentos sólidos são introduzidos não pode ser rigidamente estabelecida. A altura depende largamente da taxa de crescimento, fase de desenvolvimento e nível de

935 Anónimo (1999, Fevereiro). A seguir ao biberon. *PAIS&Filhos*, 32.

936 Anónimo (1998, Março). Truques na manga. *Crescer*, 14.

937 Anónimo (2001, Dezembro). Biberões bem limpos. *Crescer*, 17.

938 Cordeiro, M. (1994, Maio). Guerras à mesa: Estratégias para a paz. *PAIS&Filhos*, 28-30.

939 Rosendo, G. (1995, Agosto). Os alimentos sólidos. *PAIS&Filhos*, 64.

940 *Ibid.*

actividade do bebé”⁹⁴¹.

Contudo, embora não exista uma idade ideal, é consensual que esta não deve ser realizada antes dos três meses, pois só a partir desta altura o bebé se encontra preparado para iniciar esse tipo de alimentação, quer ao nível do desenvolvimento psicomotor, pois “é capaz de controlar bem a cabeça, o pescoço e sentar-se”⁹⁴², quer ao nível da maturidade do seu sistema digestivo.

A diversificação alimentar deve ser realizada de uma forma gradual, “começando com pequenas quantidades que, com o tempo, serão aumentadas em volume e variedade”⁹⁴³, para que a criança se vá habituando lentamente à nova dieta alimentar. A mãe deve ter ainda o cuidado de não dar à criança mais do que um alimento novo de cada vez, de preferência com um intervalo de alguns dias, para que se possam detectar eventuais intolerâncias alimentares. Como explica o nutricionista Humberto Barbosa: “Introduza alimentos isolados, de textura mole e húmida, um de cada vez e de poucos em poucos em poucos dias”⁹⁴⁴.

Esta preocupação com as intolerâncias alimentares está também na origem da publicação de listas de alimentos que as crianças não devem ingerir durante os primeiros meses de vida, de forma a “evitar reacções alérgicas potencialmente perigosas”⁹⁴⁵, tais como: “mel; amendoins; clara de ovo; citrinos (em particular as laranjas); trigo e outros cereais com glúten, como centeio, cevada e aveia – até aos seis meses; leite de vaca”⁹⁴⁶.

Tendo conhecimento dos alimentos que devem fazer parte da dieta alimentar dos seus filhos, assim como aqueles que devem evitar, as mães devem ainda saber como proceder. Neste sentido, são alertadas para os comportamentos considerados normais nesta fase de adaptação a um novo tipo de alimentação, sendo o mais comum a rejeição da comida pelo bebé: “A mudança de alimentação nem sempre é uma experiência

941 Barbosa, H. (1997, Outubro). Crescer responde: Nutricionista. *Crescer*, 9.

942 *Ibid.*

943 Cordeiro, M. (1996, Março). A batalha da comida (ou como se pode perder tanto tempo numa coisa tão parva...). *PAIS&Filhos*, 46-49.

944 Barbosa, H. (1997, Outubro). Crescer responde: Nutricionista. *Crescer*, 9.

945 Anónimo (2005, Agosto). Alimentos proibidos no primeiro ano. *Crescer*, 29.

946 *Ibid.*

agradável. É perfeitamente natural que o bebê resista ao novo modo de comer”⁹⁴⁷.

Este comportamento deverá ser superado com muita calma e paciência por parte da mãe – “não esqueça que descontração, paciência e um pano de cozinha são fundamentais nesta aventura”⁹⁴⁸, pois a sua atitude será determinante para os futuros hábitos alimentares da criança: “o prazer de comer aprende-se aqui, nesta altura. E esse prazer depende de si...”⁹⁴⁹.

A consciência da importância, presente e futura, das atitudes da mãe em relação à alimentação está na origem da divulgação de um conjunto de princípios que devem seguir de forma a assegurar-se que esta decorre da melhor forma possível.

Em primeiro lugar, a mãe deve ter o cuidado de fornecer ao seu filho uma alimentação equilibrada, que permita “o aporte adequado de todos os nutrientes”⁹⁵⁰, condição essencial para a prevenção de um conjunto de doenças, tais como “a obesidade infantil, a diabetes, o excesso de colesterol, a hipertensão arterial e até alguns tipos de cancro, como o do cólon e o do estômago”⁹⁵¹, para além do contributo para uma boa aprendizagem.

O açúcar deve ser consumido moderadamente: “O ideal é controlar a sua oferta e consumo deixando-os, por exemplo, para os fins-de-semana ou para os dias de festa”⁹⁵², assim como os refrigerantes, pois a sua ingestão em excesso pode causar “desequilíbrios nutricionais, falta de apetite e cáries dentárias”⁹⁵³. Estes devem ser substituídos por sumo de fruta natural e, sobretudo, por água, que deve ser a bebida de eleição para as crianças: “Como as crianças facilmente desidratam, mas muitas vezes ignoram a sensação de sede, quando estão entretidas a brincar, os pais devem oferecer-lhes água regularmente e aumentar o seu consumo durante o tempo quente”⁹⁵⁴.

Alimentar as crianças não parece ser sempre tarefa pacífica, designadamente, a

947 Anónimo (2004, Setembro). Habitue-o à colher. *Crescer*, 34.

948 Anónimo (2005, Junho). ABC dos primeiros alimentos. *PAIS&Filhos*, 46-50.

949 Rosendo, G. (1995, Agosto). Os alimentos sólidos. *PAIS&Filhos*, 64.

950 Afonso, M. J. (1994, Julho). Crescer responde: Nutricionismo. *Crescer*, 11.

951 Anónimo (2005, Junho). O que fazer quando ele não quer comer. *Crescer*, 52-54.

952 Anónimo (1998, Julho). Alimentação: Nem sempre a mãe sabe tudo. *Crescer*, 60.

953 Anónimo (2005, Fevereiro). Cuidado com o excesso de refrigerantes. *PAIS&Filhos*, 73.

954 Anónimo (2005, Agosto). Quais as melhores bebidas? *Crescer*, 58-59.

partir do primeiro ano de vida em que “há um desaceleração normal do crescimento”⁹⁵⁵ e, portanto, uma redução na quantidade de alimentos que a criança precisa de ingerir. Esta etapa natural do desenvolvimento infantil nem sempre é compreendida pelas mães que, preocupadas com a falta de apetite dos filhos, utilizam “práticas persuasivas contraproducentes (súplicas, ameaças, refeições demasiadamente prolongadas, rituais, etc.)”⁹⁵⁶ que “uma vez instaladas, perduram muitas vezes durante bastante tempo, perturbando o ambiente do aglomerado familiar”⁹⁵⁷.

É precisamente com a finalidade de prevenir ou solucionar este tipo de problemas que os autores vão aconselhar as mães sobre a forma correcta como devem proceder.

*Conheça os melhores truques para estimular o apetite do seu filho e acabe hoje mesmo com as guerras à hora da refeição*⁹⁵⁸ - Se a criança recusa um determinado alimento, a mãe deve respeitar essa recusa: “se ele estiver bem e a crescer na sua curva de crescimento, não se deve insistir para comer”⁹⁵⁹. Podem, contudo, substituí-lo por outro alimento, cujo valor nutritivo seja semelhante: “O que os pais podem e devem fazer é tentar substituir os alimentos que são recusados por outros do mesmo grupo nutricional, oferecendo, assim, refeições variadas, com ingredientes saudáveis, que suprem as necessidades orgânicas da criança sem causar insuficiências alimentares”⁹⁶⁰.

As mães devem ainda respeitar as “variações cíclicas do apetite nas crianças”⁹⁶¹, não fornecendo mais alimento do que aquele que elas necessitam e conseguem, de facto, comer. Para tal deverão colocar uma pequena porção no prato, “fazendo experiências até perceber qual a quantidade ideal”⁹⁶² de alimento adequada aos filhos.

O estabelecimento de uma rotina alimentar também é um aspecto importante.

955 Cordeiro, M. (1994, Maio). Guerras à mesa: Estratégias para a paz. *PAIS&Filhos*, 28-30.

956 *Ibid.*

957 *Ibid.*

958 Anónimo (2005, Junho). O que fazer quando ele não quer comer. *Crescer*, 52-54.

959 Cordeiro, M. (2001, Abril). A inverdade do âmbar, o exagero do cloro e outras pequenas “verdades”. *PAIS&Filhos*, 102-103.

960 Anónimo (1998, Novembro). Alimentação equilibrada: Vitalidade e energia de forma saudável. *Crescer*, 14-15.

961 Santos, R. S. (1997, Dezembro). Perguntem ao médico. *PAIS&Filhos*, 8.

962 Anónimo (2002, Novembro). Que fazer quando o bebé não quer comer. *Crescer*, 17.

Assim, é recomendada a realização, a partir de um ano de idade, de cinco refeições diárias - “o almoço e o jantar e três refeições mais leves, o pequeno-almoço, o lanche e uma ceia leve, antes de a criança dormir”⁹⁶³ – que devem ter lugar mais ou menos à mesma hora, e cujo intervalo deve ser respeitado, não se oferecendo durante este período comida à criança: “A disciplina é a chave da boa alimentação. Estabeleça horários regulares para as refeições e procure não lhe dar comida fora de horas”⁹⁶⁴.

Outro aspecto referido é a forma como os alimentos são apresentados à criança: “A criatividade é um ponto importante no que se refere à alimentação infantil. Um prato bem decorado, acompanhado por uma história à volta da receita, pode fazer muito pelo apetite dos miúdos”⁹⁶⁵, assim como a forma como são confeccionados. Dado que “as crianças enjoam muito mais facilmente a comida, do que os adultos”⁹⁶⁶, a mãe deve procurar encontrar formas diferentes de confeccionar os alimentos, assim como tentar diversificar o menu das refeições, já que “uma criança acostumada à variedade tem mais hipóteses de fazer uma dieta rica e equilibrada”⁹⁶⁷.

Outra estratégia aconselhada é o envolvimento da criança na escolha dos alimentos, assim como na confecção da própria refeição:

Sempre que possível leve o seu filho ao supermercado e diga-lhe para ajudar a escolher os alimentos. Em casa, dê-lhe a oportunidade de colaborar na preparação da comida. Deste modo, a criança vai começar a conhecer e a diferenciar as cores e os sabores dos alimentos.⁹⁶⁸

A forma como decorrem as refeições é um aspecto a que as mães devem ter especial atenção, pois estas devem “constituir um momento de paz e de 'concordia' familiar, de aprendizagem social (incluindo a utilização de talheres e de guardanapos) e não um período de confusão e de berros e gritos, choros e tabefes...”⁹⁶⁹.

963 Anónimo (1998, Março). 30 truques para enganar os gulosos. *Crescer*, 29-33.

964 Anónimo (2005, Fevereiro). Regras para as refeições em família. *Crescer*, 20.

965 Anónimo (2005, Junho). O que fazer quando ele não quer comer. *Crescer*, 52-54.

966 Anónimo (1998, Maio). À mesa com os adultos: um passo para a sociabilidade. *Crescer*, 62-63.

967 Anónimo (1998, Janeiro). Hora de criar bons hábitos. *Crescer*, 38-39.

968 Anónimo (2005, Fevereiro). Regras para as refeições em família. *Crescer*, 20.

969 Cordeiro, M. (1994, Maio). Guerras à mesa: Estratégias para a paz. *PAIS&Filhos*, 28-30.

Dado que a maioria das crianças passa o dia longe dos pais, as refeições são percebidas como um momento essencial no convívio familiar, que pode contribuir para o desenvolvimento da sociabilidade e da capacidade de comunicação da criança, razões pelas quais se dá tanta importância à forma como decorrem: “Durante os 15 ou 20 minutos de uma refeição, a criança tem a oportunidade de praticar os primeiros exercícios de sociabilidade, ampliando a sua capacidade de comunicação”⁹⁷⁰. Este é considerado um dos momentos ideais para “pôr as conversas em dia, contar as novidades e trocar opiniões”⁹⁷¹ sendo por esse motivo aconselhado às mães que a refeição se realize com a televisão desligada.

A alimentação é ainda um momento propício ao desenvolvimento da autonomia da criança. Esta deve ser incitada a alimentar-se sozinha, a partir do momento em que possui as competências para tal, devendo a mãe enaltecer as suas conquistas: “tente elogiar as novas capacidades e ignore os lapsos. Se a criança é encarada como uma pessoa capaz, a tendência será para que as suas habilidades se desenvolvam cada vez mais”⁹⁷².

Para além da alimentação, a higiene também é um aspecto essencial dos cuidados quotidianos a prestar a criança.

III.4.2.2. Higiene

A higiene constitui uma parte fundamental dos cuidados que a mãe deve assegurar ao seu filho. Contudo, mais do que a preocupação com a limpeza, os momentos em que a mãe procede à higiene do corpo do bebé, aspecto que será abordado em seguida, são percebidos como momentos privilegiados para o desenvolvimento da relação, ou seja, para o afecto: “Cuidar da higiene das crianças de 1 a 3 anos de idade não é tarefa pequena! Requer atenção, intervenções variadas, perícia, tempo e sabedoria.

970 Anónimo (1998, Maio). À mesa com os adultos: um passo para a sociabilidade. *Crescer*, 62-63.

971 Anónimo (1998, Maio). 365 dias da mãe. *Crescer*, 38-40.

972 Anónimo (1998, Maio). À mesa com os adultos: um passo para a sociabilidade. *Crescer*, 62-63.

Pode ser uma tarefa gratificante, oportunidade de relação e de trocas mútuas”⁹⁷³.

Uma das formas de garantir que o corpo do bebé permanece limpo é a troca frequente da fralda. A utilização de fraldas descartáveis tem a vantagem de, por um lado, simplificar a tarefa, como testemunha uma avó: “Cada vez que me lembro do trabalho que tinha com as fraldas de pano dos meus filhos: lavar, corar, passar a ferro... Hoje, é só tirar e deitar no lixo”⁹⁷⁴, e, por outro, proteger de uma forma mais eficaz o bebé, quer da sensação de desconforto causada por uma fralda suja, quer dos problemas daí derivados, como, por exemplo, o eritema das fraldas, ou seja, as vulgares assaduras.

Esta deve, porém, ser mudada com alguma frequência: “a fralda do bebé deve ser mudada sempre que está molhada e depois de cada evacuação”⁹⁷⁵, sendo as mães aconselhadas a proteger a pele do bebé com “um creme gordo ou um pouco de talco antialérgico”⁹⁷⁶ em cada troca, que deve ser “aplicado em quantidade na zona das nádegas, protegendo assim a pele do contacto com a urina e as fezes”⁹⁷⁷.

Não se devem também esquecer que este é um momento, não só de limpeza, mas também de ternura: “A troca de fraldas, para algumas crianças, torna-se um momento especial quando vem acompanhada por beijinhos e festinhas carinhosas da mamã”⁹⁷⁸.

Os momentos em que se assegura a limpeza do corpo como a troca de fraldas ou, como iremos ver em seguida, com a realização do banho, são assim consideradas ocasiões propícias à interacção entre a mãe e o bebé. Como explica o psicólogo Augusto Pinheiro, “a importância primordial dos momentos de higiene advém do facto de constituírem ocasiões sensíveis que permitem fundar uma relação de ternura”⁹⁷⁹.

*É hora do banho!*⁹⁸⁰ - O banho diário é percebido como um “momento privilegiado de interacção”⁹⁸¹, ideal para o reforço da vinculação entre a mãe e o bebé:

973 Santos, A. (1995, Fevereiro). A felicidade de estar limpo – a felicidade de estar sujo. *PAIS&Filhos*, 64.

974 Anónimo (2001, Abril). Inventos que facilitam a maternidade. *Crescer*, 46-49.

975 Anónimo (2001, Agosto). Mude a fralda com frequência. *Crescer*, 17.

976 Anónimo (1995, Agosto). O rabinho do bebé. *Crescer*, 14-15.

977 Rodrigo, M. J. (1996, Maio). Faça do seu filho um adulto saudável. *Crescer*, 18-19.

978 Anónimo (1998, Janeiro). Gestos de afecto que ajudam a crescer. *Crescer*, 32-34.

979 Pinheiro, A. (1998, Setembro). Cuidados de higiene. *PAIS&Filhos*, 64.

980 Azedo, C. (2004, Março). É hora do banho! *PAIS&Filhos*, 45-48.

981 *Ibid.*

ao contrário do que alguns pais pensam, o banho tem muito pouco de insignificante. Fundamental como acto de limpeza da criança, acaba por ser mais do que uma rotina obrigatória de higiene. «O banho tem toda a interacção, prazer e contacto com o bebé», alerta a pediatra Paula Garcia, sublinhando: «Em termos afectivos, é o momento em que o bebé aprende a conhecer os pais e estes o seu novo filho, ou seja, é um dos momentos, por excelência, de vinculação. Daí que não deva ser encarado como algo mecânico e fruto somente da necessidade de limpeza.»⁹⁸²

Momento privilegiado de intimidade entre mãe e filho, de conhecimento mútuo - “É a altura do dia em que finalmente, de olhos nos olhos, a mãe e o bebé relaxam e aprendem a conhecer-se ainda melhor”⁹⁸³ – é ainda um momento de aprendizagem para a criança através da exploração do seu próprio corpo: “A experiência do banho pode ser também um pretexto para conhecer melhor o seu filho. Através do comportamento dele, pode descobrir características da sua personalidade. Para o bebé, pode ser um período de aprendizagem e exploração do corpo”⁹⁸⁴.

Este é ainda uma das alturas ideais para introduzir outros prestadores de cuidados na rotina da criança. Como explica o psicólogo Augusto Pinheiro, esta pode ser “a altura certa para envolver o pai e os irmãos”⁹⁸⁵. No que diz respeito ao pai, considera-se que esta é uma das actividades em que se deve envolver, pois “não se trata somente de dividir tarefas com a mãe, trata-se de reforçar o vínculo com o filho”⁹⁸⁶. Esta participação deve ser incentivada pela própria mãe, que não deve desprezar os esforços realizados pelo pai nesse sentido, sob a pena de correr “o risco de ver o pai afastar-se, isolando-se da unidade familiar. O que, claro, acabará por prejudicar o bebé”⁹⁸⁷.

Independentemente de quem o realize e da importância atribuída à componente

982 Azedo, C. (2004, Março). É hora do banho! *PAIS&Filhos*, 45-48.

983 Uden, C. van (1995, Agosto). Vamos ao banho! *PAIS&Filhos*, 22-25.

984 Figueiredo, M. (1999, Agosto). 10 truques para... a hora do banho. *PAIS&Filhos*, 58-59.

985 Pinheiro, A. (1998, Setembro). Cuidados de higiene. *PAIS&Filhos*, 64.

986 Azedo, C. (2004, Março). É hora do banho! *PAIS&Filhos*, 45-48.

987 *Ibid.*

afectiva, as mães devem saber como proceder para dar banho ao bebé pois “esta é também uma actividade delicada e que exige cuidados”⁹⁸⁸.

O primeiro passo consiste na preparação do banho. As mães devem certificar-se de que “a casa de banho está mais quente do que o normal – os bebés arrefecem com facilidade especialmente se molhados”⁹⁸⁹ e “ter à mão toda a roupa”⁹⁹⁰ que vão vestir ao bebé. Tem ainda de “ter a certeza que a temperatura da água está óptima”⁹⁹¹ e de que retirou “anéis e relógios para não magoar o bebé”⁹⁹².

Depois de preparado deverão começar por lhe limpar a cara “com um algodão embebido em água morna”⁹⁹³, lavando-lhe em seguida a cabeça e só introduzindo depois o bebé na banheira, tendo especial atenção à forma como o seguram: “A melhor maneira de segurar um bebé dentro de água é passar-lhe um braço por detrás dos ombros e segurá-lo bem, agarrando-o debaixo do braço”⁹⁹⁴.

As mães são ainda alertadas para o facto de que o banho deve decorrer num clima de calma e tranquilidade, de total disponibilidade: “Tornar o banho divertido, e nunca uma correria em que a criança quase não participa, é fundamental para que o banho vá ser sempre considerado pela criança como um prazer para o corpo e para o espírito”⁹⁹⁵.

Uma ameaça a essa tranquilidade é o momento da lavagem da cabeça, momento pouco apreciado pela criança. De forma a contornar esse problema, são ensinados às mães pequenos truques, tais como: a colocação de uma pala, que impede que a água vá para os olhos; ou o aquecimento do frasco do champô: “Aqueça o frasco do champô na água do banho, pois, só assim, evitará os gritos no momento de o aplicar: as crianças detestam a sensação de líquido frio a escorrer pelas costas”⁹⁹⁶.

988 Azedo, C. (2004, Março). É hora do banho! *PAIS&Filhos*, 45-48.

989 Uden, C. van (1995, Agosto). Vamos ao banho! *PAIS&Filhos*, 22-25.

990 *Ibid.*

991 *Ibid.*

992 Anónimo (1996, Janeiro). Ritual do prazer. *Crescer*, 24-25.

993 Uden, C. van (1995, Agosto). Vamos ao banho! *PAIS&Filhos*, 22-25.

994 *Ibid.*

995 Anónimo (1997, Junho). Dez truques para... ensinar hábitos de higiene. *PAIS&Filhos*, 50-51.

996 Anónimo (1997, Outubro). Truques na manga. *Crescer*, 16.

Se a criança for mais velha, a mãe poderá conversar com ela, explicando-lhe que “se estiver muito quietinho e com a cabeça bem inclinada para trás, não haverá um único pingo de água a salpicar-lhe a cara. Depois de ter experimentado e verificado que é verdade, lavar a cabeça deixará de ser um drama”⁹⁹⁷.

A segurança da criança no banho também constitui uma preocupação dos autores. As mães são aconselhadas a estar atentas, pois “todo o cuidado é pouco para prevenir um eventual escorregão na banheira”⁹⁹⁸, assim como a nunca deixar o bebé sozinho, mesmo que seja por muito pouco tempo, devido ao risco de afogamento: “Nunca se afaste dele quando lhe está a dar banho, já que um bebé pode morrer afogado mesmo que a banheira tenha apenas um centímetro de água”⁹⁹⁹.

Outro aspecto importante é o horário do banho. Devido à importância atribuída às rotinas, como elemento securizante na vida da criança, é recomendado às mães que o banho seja dado sempre no mesmo período do dia.

As mães são ainda aconselhadas sobre a forma como devem lidar com a resistência ao banho e o medo da água. Relativamente à resistência ao banho esta pode ser causada pelo “repúdio em aceitar hábitos”¹⁰⁰⁰, muitas vezes reflexo de uma crescente autonomia e independência face aos pais, pelo medo de crescer – “de romper a dependência com o mundo dos adultos”¹⁰⁰¹, ou por uma carência afectiva – “ao fugir ao banho, a criança chama a atenção e prolonga o tempo de permanência ao lado dos pais”¹⁰⁰². Se a criança demonstra medo, não se deve insistir, mas sim tentar habituá-la de uma forma progressiva ao banho: “Se o bebé tem medo da água, não insista. Para habituá-lo ao banho, comece por deitar um pouco de água no fundo da banheira. Deixe-o chapinhar durante alguns instantes e, depois, retire-o”¹⁰⁰³.

A mãe pode ainda experimentar conversar calmamente com o bebé, explicando-lhe o que está a fazer e qual será o próximo passo, ou distraí-lo, introduzindo, por

997 Anónimo (1997, Outubro). Truques na manga. *Crescer*, 16.

998 Anónimo (1998, Setembro). Aprenda a conhecer o bebé. *Crescer*, 14-15.

999 Anónimo (2002, Janeiro). 10 conselhos que podem salvar a vida do bebé. *Crescer*, 26-27.

1000 Anónimo (1996, Maio). A altura do banho é complicada. *Crescer*, 73.

1001 *Ibid.*

1002 *Ibid.*

1003 Anónimo (1997, Outubro). Truques na manga. *Crescer*, 16.

exemplo, brinquedos na banheira, ou, “em desespero de causa, cantar”¹⁰⁰⁴. Contudo, se nenhuma destas estratégias resultar, “o melhor é parar e tirá-la rapidamente do banho, para evitar traumas”¹⁰⁰⁵.

Depois de lavado, retira-se lentamente o bebé da banheira segurando-o pelas axilas, envolvendo-o numa toalha, secando em primeiro lugar, “o rosto, a cabeça e atrás das orelhas”¹⁰⁰⁶ e prestando especial atenção às virilhas e às axilas. Este é também considerado um momento propício para a interação entre mãe e bebé, facilitada pelo contacto corporal: “As mãos da mãe transmitem uma extraordinária segurança ao bebé. Aproveite para o envolver bem mas, também, para se envolverem um com o outro”¹⁰⁰⁷.

Para além da higiene do corpo, assegurada através do banho diário, outro aspecto a que as mães devem prestar especial atenção é a higiene das mãos.

*Lavar as mãos*¹⁰⁰⁸ - Ensinar as crianças a lavar as mãos é um das funções das mães que deverão aproveitar a tendência natural das crianças para imitarem o comportamento dos adultos, lavando as mãos ao mesmo tempo que elas e pedindo-lhes para “avaliar se ficaram mesmo bem lavadas”¹⁰⁰⁹.

A mãe deve ainda vigiar a criança enquanto procede a esta operação de forma a garantir que esta as lava adequadamente: “Enquanto ele for pequenino não deixe de controlar as operações, pois é muito fácil que se distraiam e se esqueçam do propósito da ‘missão’”¹⁰¹⁰, sendo-lhes indicado de uma forma detalhada como deve proceder para realizar este ensino:

Com um ano e meio a dois anos a criança começa a querer lavar as mãos sozinha, pois adora brincar com a água. Aproveite para lhe ensinar o ritual de puxar primeiro as mangas para cima, depois esfregar bem o sabonete e, por fim,

1004 Figueiredo, M. (1999, Agosto). 10 truques para... a hora do banho. *PAIS&Filhos*, 58-59.

1005 *Ibid.*

1006 Anónimo (1996, Janeiro). Ritual do prazer. *Crescer*, 24-25.

1007 Pinheiro, A. (1998, Setembro). Cuidados de higiene. *PAIS&Filhos*, 64.

1008 Anónimo (1999, Dezembro). Lavar as mãos. *PAIS&Filhos*, 37.

1009 Anónimo (1997, Junho). Dez truques para... ensinar hábitos de higiene. *PAIS&Filhos*, 50-51.

1010 Anónimo (1999, Dezembro). Lavar as mãos. *PAIS&Filhos*, 37.

passar por água para retirar toda a espuma¹⁰¹¹

Para além dos cuidados com o corpo e com as mãos, outro aspecto alvo de atenção é a higiene oral.

*Cuidados a ter com os dentes do seu filho*¹⁰¹² - Os cuidados com a higiene oral devem ter início antes do aparecimento dos primeiros dentes, mais concretamente logo após o nascimento - “A higiene bucal deve começar no primeiro dia de vida”¹⁰¹³ – de forma a “prevenir as bactérias nas futuras cavidades dentárias”¹⁰¹⁴. Para tal, as mães devem enrolar “o dedo numa gaze humedecida em água filtrada ou soro fisiológico”¹⁰¹⁵ e proceder à limpeza da boca do bebé.

A partir do momento em que a criança é capaz de realizar por si só esta tarefa, mesmo que ainda de uma forma imperfeita, a mãe deve deixá-la colaborar, fazendo dessa “tarefa uma experiência engraçada para que dentro de pouco tempo a iniciativa parta dela”¹⁰¹⁶. Contudo, os autores salientam que “é benéfico que o adulto continue a acompanhar a escovagem dos dentes até a criança ser capaz de realizar esta missão sozinha e com sucesso”¹⁰¹⁷, o que acontecerá por volta dos seis anos.

*Dizer adeus às fraldas*¹⁰¹⁸ - O controlo dos esfíncteres constitui uma das maiores preocupações das mães. Como explica o pediatra Paulo Oom: “Apesar de fazerem parte do normal crescimento e desenvolvimento da criança, os hábitos urinários são muitas vezes uma fonte de preocupação para os pais, principalmente quando começam a comparar o seu filho com alguns sobrinhos ou colegas da escola”¹⁰¹⁹.

Contudo, tal não deverá constituir motivo de preocupação, dado que cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento, a que a mãe deverá estar atenta, para que saiba quando se pode iniciar este ensino:

1011 Anónimo (1997, Junho). Dez truques para... ensinar hábitos de higiene. *PAIS&Filhos*, 50-51.

1012 Anónimo (1999, Fevereiro). Cuidados a ter com os dentes do seu filho. *Crescer*, 24-25.

1013 *Ibid.*

1014 Pinheiro, A. (1998, Setembro). Cuidados de higiene. *PAIS&Filhos*, 64.

1015 Anónimo (1998, Setembro). Sorriso radiante desde o berço. *Crescer*, 62-63.

1016 Rodrigo, M. J. (1996, Maio). Faça do seu filho um adulto saudável. *Crescer*, 18-19.

1017 Figueiredo, M. (1999, Outubro). Dente por dente. *PAIS&Filhos*, 57-58.

1018 Anónimo (2005, Abril). Dizer adeus às fraldas. *Crescer*, 36-37.

1019 Oom, P. (2004, Março). Problemas urinários. *PAIS&Filhos*, 78-80.

Antes de experimentar tirar-lhe as fraldas, é necessário reunir três condições inerentes à própria criança. No plano fisiológico, o sistema nervoso precisa de estar suficientemente maduro, para que ela possa aprender a controlar os esfíncteres, e isso não acontece antes dos 20 meses.

Por outro lado, ela tem de saber falar para poder pedir o bacio; e também sentar-se e levantar-se sem ajuda. A nível psicológico, a criança deve ter vontade de deixar as fraldas.¹⁰²⁰

A escolha do momento certo não envolve somente a identificação dos sinais de que a criança se encontra física e psicologicamente preparada para abandonar as fraldas. Dado que esta não é “uma tarefa fácil para os filhos nem para os pais”¹⁰²¹, estes também devem ter a certeza de que se encontram prontos para levar a cabo esta tarefa com sucesso, designadamente se “estão preparados para se munir de paciência, coerência e perseverança”¹⁰²², qualidades essenciais para garantir que tudo corre da melhor forma possível.

A partir do momento em que percebe que a criança está pronta a mãe deve utilizar um conjunto de estratégias para a persuadir a iniciar este processo: conversas sobre o tema – “converse com ele sobre o assunto, explique que é muito melhor não ter fralda e que também ele vai ser capaz de pedir chichi ou cocó”¹⁰²³; envolvimento da criança na escolha do bacio - “Na hora das compras, deixe-o escolher o bacio mais engraçado”¹⁰²⁴; ou a habituação à presença desse novo objecto – “deixe-o no sítio onde ela costuma brincar e convide-a a sentar-se nele várias vezes por dia, com roupa e tudo. Faça disso uma brincadeira”¹⁰²⁵.

As mães devem ainda ter consciência de que o processo de controlo dos esfíncteres é “um progresso muito importante no desenvolvimento da criança, tanto a nível físico como psicológico”¹⁰²⁶, que se faz por etapas, de uma forma gradual, razão

1020 Anónimo (2005, Agosto). A altura ideal para criar hábitos. *Crescer*, 38-39.

1021 Anónimo (2005, Abril). Dizer adeus às fraldas. *Crescer*, 36-37.

1022 Esteves, A. (2003, Outubro). Destronar as fraldas. *PAIS&Filhos*, 61-62.

1023 *Ibid.*

1024 *Ibid.*

1025 Anónimo (1994, Setembro). Como dizer adeus às fraldas. *Crescer*, 60-61.

1026 Anónimo (2005, Abril). Dizer adeus às fraldas. *Crescer*, 36-37.

pela qual devem respeitar o ritmo próprio da criança: “A transição deve ser, como sempre, progressiva e ajustada ao ritmo de aprendizagem do seu filho”¹⁰²⁷.

Preparados ambos os intervenientes, mãe e criança, pode-se então dar início ao ensino propriamente dito. Para tal, deve-se “tirar a fralda nos horários próximos daquele em que a criança costuma evacuar e explicar-lhe que quando tiver vontade de fazer cocó ou chichi, deve sentar-se no bacio”¹⁰²⁸, e quando a criança conseguir realizar a tarefa com sucesso “é fundamental festejar com pompa e circunstância. Muitas palmas, muitos ‘bravos’, muitas conversas com toda a família para divulgar a grande proeza”¹⁰²⁹. Tal fará com que a criança se sinta recompensada e se sinta mais motivada para repetir a experiência. No caso da criança “molhar ou sujar a roupa”¹⁰³⁰, a mãe não deverá ralar com ela, mas sim pedir-lhe que de próxima vez use o bacio.

*Não exagere na higiene do seu filho*¹⁰³¹ - No que diz respeito à limpeza dos objectos e do espaço da criança, embora se considere que os cuidados básicos de higiene devem ser rigorosamente respeitados, alguns especialistas defendem quando excessivos também podem comprometer a sua saúde:

Manter a casa sem um resquício de pó e esterilizar todos os objectos onde a criança mexe, é uma tarefa árdua, desaconselhável e inútil. Primeiro, porque por mais que se tente, é impossível criar um ambiente doméstico totalmente asséptico, garantem os especialistas. E ainda que isso fosse possível, tal ambiente seria extremamente prejudicial à saúde de quem permanece nele.¹⁰³²

Mais concretamente, estes autores defendem que a limpeza excessiva está associada a “um atraso no desenvolvimento do sistema imunológico”¹⁰³³, estando a criança vulnerável a um maior número de infecções.

De facto, as únicas referências à limpeza dos objectos ou do espaço da criança,

1027Anónimo (2005, Agosto). A altura ideal para criar hábitos. *Crescer*, 38-39.

1028Anónimo (1994, Setembro). Como dizer adeus às fraldas. *Crescer*, 60-61.

1029Esteves, A. (2003, Outubro). Destronar as fraldas. *PAIS&Filhos*, 61-62.

1030Anónimo (1994, Setembro). Como dizer adeus às fraldas. *Crescer*, 60-61.

1031Anónimo (1999, Fevereiro). Não exagere na higiene do seu filho. *Crescer*, 83-84.

1032*Ibid.*

1033*Ibid.*

dizem respeito a algumas dicas práticas sobre a melhor forma de lavar os brinquedos das crianças.

Alimentação e higiene não são porém as únicas causas de preocupação para os autores e para as mães. O sono, elemento essencial para o bem-estar da criança, também é alvo de especial atenção

III.4.2.3. Sono

O sono é considerado um elemento essencial da vida da criança. Como explica o pedopsiquiatra Pedro Strecht:

O sono é, sem qualquer dúvida, um elemento extremamente reparador de toda a vida física e psíquica: tanto o cérebro, que contudo se mantém com um determinado nível de actividade durante o sono (de que são exemplo os sonhos), como o restante organismo, necessitam de alternar períodos de actividade e vigília com fases de descanso e retirada.¹⁰³⁴

Mais concretamente, dormir bem é essencial para o desenvolvimento físico da criança, pois é durante o sono que é segregada a hormona do crescimento – “Está provado que a hormona do crescimento se segrega sobretudo durante as primeiras horas após iniciado o sono”¹⁰³⁵; a prevenção da obesidade: “Durante o sono produzem-se hormonas que reduzem o apetite. Descansar deficientemente leva à tendência para engordar”¹⁰³⁶; e, por último, para o desenvolvimento da inteligência: “Descansar é muito importante para os processos de memorização e aprendizagem”¹⁰³⁷.

*Quantas horas devem as crianças dormir?*¹⁰³⁸ - O primeiro conselho dado às mães diz respeito à quantidade de horas que a criança necessita de dormir. Embora seja

1034 Strecht, P. (2007, Junho). Boa noite, até amanhã! *PAIS&Filhos*, 86.

1035 Alves, L. (1998, Julho). Dorme bebé. *PAIS&Filhos*, 26-29.

1036 Azedo, C. (2005, Outubro). Mentas despertas. *PAIS&Filhos*, 46-50.

1037 *Ibid.*

1038 Oom, P. (2003, Dezembro). Pela noite fora. *PAIS&Filhos*, 44-48.

referido que “nem todas as crianças são iguais, é certo, umas precisam de dormir mais do que outras”¹⁰³⁹, os autores divulgam informação sobre o tempo de sono necessário em cada idade, como aquela que a seguir se reproduz:

À medida que as crianças vão crescendo, as suas necessidades de sono vão diminuindo. Nem todas as crianças são iguais, é certo, mas umas precisam de dormir mais do que outras, mas, por norma, a maioria segue as seguintes regras:

3 anos: 11,5 a 15,5 horas de sono por dia (10,5 a 12,5 de noite e uma sesta de 1 a 3 horas)

4 anos: 10 a 13 horas de sono por dia (10 a 12 de noite e uma sesta. Há crianças que, nesta fase, já prescindem deste hábito

5 anos: 10 a 12,5 horas por dia.

Tão importante como assegurar que a criança dorme o número suficiente de horas é garantir que esta adquira hábitos correctos de sono, que deverão ser inculcados desde os primeiros dias de vida da criança, de modo a garantir não só o descanso do bebé, mas também da mãe:

Tenha, apenas, cuidado para, desde o início, adoptar uma rotina que estimule o seu filho a criar hábitos de sono saudáveis e compatíveis com os da restante família. Se não o fizer, você correrá o risco de, futuramente, ter um bebé que troca a noite com o dia.¹⁰⁴⁰

Um dos aspectos essenciais da criação de bons hábitos de sono é ensinar a criança a adormecer sozinha. Assim, as mães são aconselhadas a evitar embalar o bebé para adormecer, pois “ele pode criar o hábito de só dormir quando for embalado”¹⁰⁴¹, assim como de o adormecer ao colo.

No caso de a criança chorar, as mães são aconselhadas a acalmá-la, conversando com ela, nunca a tirando da sua cama:

1039Anónimo (2005, Junho). Quanto precisam de dormir? *PAIS&Filhos*, 124.

1040Anónimo (1994, Novembro). Dormir bastante para poder crescer. *Crescer*, 59-60.

1041*Ibid.*

Desde que ele esteja seco e se encontre bem fisicamente, não precisa de tirá-lo do berço. Sente-se junto dele, faça-lhe festas e converse. O corpo dele e a respiração começarão a relaxar. Depois, diminua as festas e pare de lhe falar, para que o bebé aprenda a sossegar.¹⁰⁴²

Esta também deve ser a estratégia adoptada no caso de a criança acordar durante a noite, problema que parece afectar muitas mães. Considerado normal até aos seis meses, a partir dessa idade tal é atribuído, na maioria dos casos, a comportamentos errados por parte dos pais, tais como adormecer a criança ao colo, pegar-lhe quando acorda durante a noite ou, ainda, levá-la para a sua cama.

A prática de levar as crianças para a cama dos pais, designada por *cosleeping*, é fonte de controvérsia, designadamente devido aos efeitos que poderá ter ao nível da saúde mental da criança. Ao impedir que a criança tenha o seu espaço próprio e privado, este comportamento poderá resultar, segundo alguns autores, numa “catástrofe psicológica”¹⁰⁴³ para a criança. Resultado de uma culpabilidade crescente dos pais, que durante o dia têm pouco tempo para estar com a criança, este é um procedimento que atravessa todas as classes sociais: “Na maioria das vezes, nem mesmo os pais de mais elevado nível cultural, parecem perceber como é importante manter e respeitar este espaço privado da criança, da mesma forma que deve ser respeitado o espaço dos adultos”¹⁰⁴⁴.

Contudo, nem todos os autores criticam este comportamento. Enquanto alguns, como o pediatra Mário Cordeiro, assumem uma postura de tolerância: “Não se devem brutalizar as crianças obrigando-as a ficar sós. Se não se adquire facilmente a autonomia a dormir ‘debaixo da asa da galinha’, por outro lado, também não é à bruta que isso se faz”¹⁰⁴⁵, outros, como o pediatra Ramos de Almeida, defendem esta prática:

«proveitem agora a felicidade de sentirem um filho a dormir convosco porque qualquer dia ele (ou ela) estão é a meter-se na cama de outra(ou de outro) e depois nunca mais o (ou a) vêem». Segundo ele o que os tais «especialistas» do

1042 Azedo, C. (2005, Outubro). Mentas despertas. *PAIS&Filhos*, 46-50.

1043 Carvalho, P. T. (1999, Junho). Um quarto só para mim. *PAIS&Filhos*, 52-54.

1044 *Ibid.*

1045 Cordeiro, M. (1995, Abril). Mas ele não dorme nada!!! *PAIS&Filhos*, 48-50.

rigor não compreendem é que cada um procura a paz entre os braços de um amigo; que se se sentir amada em todos os momentos crescerá mais confiante, mais segura, mais forte.¹⁰⁴⁶

Esta é uma prática envolta em polémica, associada à concepção de maternidade natural, mas que tem vindo a ser defendida por alguns investigadores, com base no argumento de que as crianças que dormem com os pais crescem mais confiantes e seguras:

Durante anos, especialistas em diversas áreas, da pediatria à saúde mental infantil, eram unânimes em desaconselhar peremptoriamente os pais a deitarem os bebés consigo na mesma cama. Por razões de cariz emocional e educativo, mas também como forma de prevenção do Síndrome da Morte Súbita. Recentemente começaram a ouvir-se opiniões diferentes, numa contra-corrente até agora não muito divulgada. É notícia o facto de surgir agora uma reputadíssima psicóloga britânica, Margot Sunderland, do Centro de Saúde Mental Infantil, a defender que os bebés e crianças até aos cinco anos durmam na cama dos pais. Essa prática, afirma, ajuda a criar adultos mais calmos e saudáveis.¹⁰⁴⁷

A aquisição de bons hábitos de sono é ainda facilitada se a mãe seguir os seguintes procedimentos:

Estabelecer um rotina para o sono diurno (baixar o estore, por exemplo, se ele já for mais crescidinho);

Cumprir uma sequência de gestos até o deitar, ritualizando essa hora (um banho agradável, um ambiente sossegado à refeição e uma história ao deitar, por exemplo);

Respeitar a hora de deitar do seu filho.¹⁰⁴⁸

1046 Anónimo (1994, Março). Cartas. *PAIS&Filhos*, 8.

1047 Anónimo (2006, Julho). Na cama com o pai e com a mãe. *PAIS&Filhos*, 94.

1048 Anónimo (2005, Fevereiro). Verdadeiros rituais para bebés. *Crescer*, 9.

Para além dos cuidados quotidianos que temos vindo a referir, a mãe também é responsável pela preservação da saúde da criança, ou seja, pela prevenção das doenças, assim como do seu tratamento quando esta se encontra doente.

III.4.2.4. Saúde e doença

Os cuidados com a saúde das crianças são percebidos não só como um investimento no presente, mas também no futuro: “Uma criança saudável, sem problemas físicos, sociais e emocionais torna-se num adulto saudável no futuro”¹⁰⁴⁹.

Este é, como a alimentação, um dos temas que mais preocupa as mães, que escrevem para os periódicos solicitando informação sobre as doenças dos seus filhos - “A minha filha tem quatro anos, mas desde bebé que tem otites com frequência. (...) A que se poderá dever este problema? Tem cura?”¹⁰⁵⁰ - as vacinas - “A minha filha, de 2 anos, tem uma grande facilidade em apanhar constipações. Na idade dela é aconselhável administrar a vacina da gripe?”¹⁰⁵¹ - ou, ainda, para validar a opinião do médico dos seus filhos - “O pediatra do meu filho aconselhou-me a levá-lo à cinestesia respiratória. Gostava de saber em que consiste esta técnica e se é aconselhável para uma criança com apenas seis meses”¹⁰⁵².

No que diz respeito aos principais problemas que afectam as crianças são realçados a obesidade, “um problema de saúde pública”¹⁰⁵³, e as alergias, “o número de doentes alérgicos tem aumentado consideravelmente durante as últimas décadas, sobretudo entre as crianças”¹⁰⁵⁴. Neste sentido, os autores vão indicar às mães como devem proceder para prevenir estas e outras doenças.

Em primeiro lugar, a mãe deve evitar que a criança tenha contacto com pessoas

1049Rodrigo, M. J. (1996, Maio). Faça do seu filho um adulto saudável. *Crescer*, 18-19.

1050Cristina, M. (1995, Outubro). Otites frequentes [carta ao editor]. *Crescer*, 12.

1051Torres, C. (1998, Julho). Vacina aos dois anos [carta ao editor]. *Crescer*, 82.

1052Correia, L. (1996, Julho). Cinesioterapia respiratória [carta ao editor]. *Crescer*, 10.

1053Anónimo (2005, Fevereiro). Obesidade evita-se na infância. *Crescer*, 76-77.

1054Landeiro, M. J. (1997, Outubro). Alergias: Há que combatê-las. *Crescer*, 38-39.

doentes, tendo também cuidado em seleccionar a creche que o seu filho irá frequentar. As mães devem assim escolher uma instituição com poucas crianças, sobretudo durante os primeiros anos de vida, em que as crianças são mais vulneráveis às doenças - “Se possível, não deixe o seu filho em instituições que mantêm muitas crianças em contacto umas com as outras em salas fechadas, como infantários ou creches superlotados”¹⁰⁵⁵.

Devem ter ainda um especial cuidado no contacto com os animais domésticos, sobretudo se as crianças sofrem de doenças do foro alérgico, já que estes constituem, logo a seguir aos ácaros, a maior fonte de alergias – “crê-se que mais de metade das crianças com asma e um terço das crianças com rinite terão alergia aos animais domésticos”¹⁰⁵⁶. O seu papel na transmissão de vermes e outras doenças infecto-contagiosas, também é salientado. Como explica o pediatra Mário Cordeiro: “Fundamentalmente, há três problemas principais com os animais: alergias, acidentes; outras doenças, como as parasitoses e as doenças infecciosas”¹⁰⁵⁷. Por este motivos, as mães são aconselhadas a nunca adquirir um animal doméstico sem ter consultado primeiro o médico da criança: “o ideal é que o assunto seja discutido com o médico-assistente da criança ANTES de se comprar (ou prometer!?!) um animal de estimação... a menos que seja a tal salamandra ou a tal lagartixa!”¹⁰⁵⁸.

Outro aspecto realçado, no que diz respeito à prevenção da doença, refere-se aos cuidados que as mães devem ter com a exposição solar dos seus filhos. A descoberta da relação entre a exposição prolongada ao sol e determinadas doenças, das quais a mais preocupante é o cancro da pele, está na origem da preocupação dos autores com os efeitos nefastos da luz solar:

Está provado que os «escaldões» apanhados durante os primeiros anos são os mais graves. Fragilizam a pele para toda a vida, consomem uma parte importante das defesas naturais da pele e aumentam o risco de vir a contrair cancro cutâneo anos mais tarde.¹⁰⁵⁹

1055 Oom, P. (1999, Outubro). Vem aí o frio! *PAIS&Filhos*, 32-34.

1056 Cordeiro, M. (1994, Julho). Gato escondido com alergénios de fora. *PAIS&Filhos*, 56-58.

1057 *Ibid.*

1058 *Ibid.*

1059 Saldanha, V. (1998, Julho). Cuidado com o sol. *PAIS&Filhos*, 108-109.

Tal não significa, porém, que as crianças não devam apanhar sol. Este é um elemento importante na sua vida, seguro desde que se cumpram as recomendações ditadas pelos peritos, de forma a reduzir o risco de futuras complicações: “Sem ser preciso chegar ao extremo do exagero, há que tomar precauções para que o convívio com o sol só traga benefícios às nossas crianças”¹⁰⁶⁰.

As crianças devem ainda ter oportunidade de passear ao ar livre, elemento essencial para a preservação da saúde:

Dizem os livros que «o ar fresco estimula o apetite, dá cores às faces e mais vitalidade a toda a gente. Um bebé que passa a vida metido num quarto quente tem geralmente a tez macilenta e mau apetite».

Por isso, os médicos recomendam que «os bebés, e todas as crianças em geral, devem tomar ar fora de casa duas ou três horas por dia», de preferência entre as 10h e as 14h.¹⁰⁶¹

Estes passeios devem ser realizados em espaços verdes “fora dos centros urbanos e longe do ruído e da poluição, onde se respira o ar puro, o que o ajuda a relaxar”¹⁰⁶².

Outro aspecto importante é a qualidade do ar que a criança respira em casa. Para além da preocupação com as alergias, esta questão surge relacionada também com a necessidade de preservar do contacto com o fumo do tabaco: “O tabaco deve ser proibido em casa e, sobretudo, no quarto da criança e quando esta anda de carro”¹⁰⁶³.

O conhecimento dos efeitos nefastos que a exposição ao fumo de tabaco tem sobre a saúde das crianças, tais como alterações no desenvolvimento dos pulmões ou maior propensão a infecções respiratórias, das quais a mais preocupante, pelo menos a curto prazo, é a síndrome da morte súbita (SMS) do recém-nascido - “o risco atribuível ao fumo do tabaco de pelo menos um dos pais é de 61,2%. Isto significa que o número de mortes atribuídas ao SMS pode ser reduzido em quase dois terços se os pais não

1060 Saldanha, V. (1998, Julho). Cuidado com o sol. *PAIS&Filhos*, 108-109.

1061 Dentinho, I. (1996, Janeiro). Faça chuva ou sol... *PAIS&Filhos*, 62.

1062 Anónimo (2002, Novembro). É possível passear ao frio? *Crescer*, 84.

1063 Oom, P. (1999, Outubro). Vem aí o frio! *PAIS&Filhos*, 32-34

fumarem”¹⁰⁶⁴ – transforma o acto de fumar ou de permitir que fumem, ao pé de uma criança, numa *irresponsabilidade*.

Os pais são aconselhados a deixar de fumar ou, no caso de não o fazerem, a não fumar em casa, não permitindo também que outros o façam, a bem da saúde da criança:

Se você e o seu marido são fumadores e têm, agora, um bebé em casa, é aconselhável dizerem não a esse hábito quanto antes. Bastam 20 minutos de contacto com o fumo de tabaco para que um organismo que nunca fumou comece a sofrer alguns prejuízos.¹⁰⁶⁵

O fumo do tabaco é especialmente nocivo para as crianças alérgicas - “dentro de casa, um dos maiores causadores de alergia é o fumo do cigarro”¹⁰⁶⁶ -, que também devem ser protegidas dos ácaros e das poeiras, de forma a evitar que a doença se manifeste.

*Evite ácaros, poeiras e tabaco*¹⁰⁶⁷ - No caso das crianças com alergias, os cuidados preventivos têm como principal objecto o ambiente em que estas circulam. Para além de ser necessário preservá-las do fumo do tabaco, como foi anteriormente referido, o contacto com poluentes e algumas substâncias tóxicas também deve ser evitado: “outros factores que podem desencadear crises asmáticas são o fumo do cigarro (...), a poluição do ar, insecticidas, pó de giz e produtos químicos”¹⁰⁶⁸.

A limpeza da casa também é um elemento essencial destes cuidados, já que só assim se podem eliminar os ácaros, principal fonte de alergias, devendo a mãe ter o cuidado de limpar “regularmente os colchões, as almofadas e as cortinas”¹⁰⁶⁹. Para além da limpeza, o quarto da criança também deve obedecer a alguns princípios básicos de forma a dificultar a acumulação de pó:

1064Cordeiro, R. (1996, Novembro). Tabaco e morte súbita. *PAIS&Filhos*, 36-38.

1065Anónimo (1997, Dezembro). Fumar faz mal a todos... *Crescer*, 22.

1066Anónimo (1998, Novembro). Doenças que vêm com o frio: Conheça os perigos do Inverno. *Crescer*, 38-41.

1067*Ibid.*

1068Anónimo (1996, Julho). As crianças com asma podem ser felizes. *Crescer*, 68-69.

1069Anónimo (1998, Novembro). Asma: Saiba detectar os sintomas e evitar a crise. *Crescer*, 50-53.

O quarto de um alérgico merece atenção especial para minimizar os focos de poeira. Persianas e painéis impermeabilizados, por exemplo, acumulam menos pó do que as cortinas de tecido. Carpetes são contra-indicadas e os móveis devem ter tratamento impermeabilizante. Já existem, também, roupas de cama e travesseiros antialérgicos, em lojas especializadas.¹⁰⁷⁰

Para além destes cuidados, cujo principal objectivo é a prevenção da doença, as mães devem fazer observar periodicamente a criança por um pediatra, pois só ele, através da monitorização do seu desenvolvimento, poderá garantir que esta é, de facto, saudável.

As consultas de rotina são uma prática generalizada, facilitada quer pela facilidade no acesso aos cuidados médicos, quer pelo facto de serem gratuitas. Assim, tal como em relação à gravidez, a questão que se coloca não tem a ver com a sua realização, mas sim com a escolha do médico da criança. Mais concretamente, entende-se que esta não pode ser realizada de uma forma arbitrária, sendo as mulheres elucidadas sobre os critérios que deverão ter em conta no momento de selecção daquele que será, se tudo correr bem, o médico dos seus filhos nos próximos 18 anos.

*A escolha do médico para o seu bebé*¹⁰⁷¹ - A primeira questão que se coloca, neste contexto, diz respeito ao momento em que se deve proceder a esta escolha, sendo consensual que deve ser realizada antes do nascimento, para que o bebé possa ser acompanhado desde o primeiro momento e, mais importante ainda, para que os pais possam, antes de a criança nascer, conhecer o médico:

Quando é que o pediatra deve ser escolhido?

O ideal é que essa escolha seja feita ainda durante a gravidez. Assim, pais e médico têm tempo para criar uma relação de confiança e o médico pode acompanhar o parto e o bebé desde o nascimento.¹⁰⁷²

Realizada atempadamente, permite ainda verificar se o pediatra escolhido é o

1070Anónimo (1998, Novembro). Doenças que vêm com o frio: Conheça os perigos do Inverno. *Crescer*, 38-41.

1071Anónimo (1997, Dezembro). Qual é o pediatra ideal para o seu filho? *Crescer*, 28.

1072Anónimo (1998, Setembro). Aprenda a conhecer o bebé. *Crescer*, 14-15.

mais adequado ou, se pelo contrário, não agrada. Se for este o caso, a mãe pode optar por mudar de médico antes de a criança nascer - “a primeira opinião que se tem do médico é fundamental, se ela for positiva, desde logo é estabelecida uma relação de confiança. Se for negativa, há tempo para procurar outro pediatra antes o seu filho nascer”¹⁰⁷³ – aspecto que deve ser tomado em atenção, porque tão importante como a relação que a mãe estabelece com o médico, é a que se cria entre ele e a criança:

É muito importante que se estabeleça uma relação positiva entre o seu filho e o médico. Para si também o será. Tente por isso que o seu filho veja sempre o mesmo médico. Evite que ele ande a saltitar de pediatra para pediatra. Será muito mais fácil pedir esclarecimento a todas as dúvidas a uma cara já conhecida, do que a uma pessoa que acabou de ver o seu filho pela primeira vez e a quem terá que contar outra vez a história da vida dele. Se o seu filho adoecer será tratado por alguém que já o conhece e muito mais importante do que tudo isso, que ele conhece também.¹⁰⁷⁴

Podemos então afirmar que a confiança, assim como a empatia, são os critérios fundamentais que devem presidir a esta escolha. A mãe deve, assim, procurar um médico atento, “um amigo, alguém que pode adiantar os problemas previsíveis no desenvolvimento da criança e, por isso, ajudá-la na tarefa de educá-la”¹⁰⁷⁵.

Apesar de estas serem consideradas condições essenciais, a mãe também se deve certificar de que está perante um bom profissional, com disponibilidade para atender a criança em caso de necessidade:

Procure saber há quantos anos ele exerce e dá consultas, se é um profissional actualizado e dedicado ao que faz, se é paciente e disponível para ouvi-la e se dispõe de estrutura para atendê-la em caso de emergência, como telefones, bip e um colega de confiança para substituí-lo, se necessário.¹⁰⁷⁶

1073 Anónimo (1997, Dezembro). Qual é o pediatra ideal para o seu filho? *Crescer*, 28.

1074 Rosendo, G. (1995, Outubro). As idas ao médico. *PAIS&Filhos*, 76.

1075 Anónimo (1997, Dezembro). Qual é o pediatra ideal para o seu filho? *Crescer*, 28.

1076 *Ibid.*

As mães devem ainda preparar a criança para a ida ao médico de forma a que esta encare a visita como algo natural e, sobretudo, sem medo.

*Prepare o seu filho para a consulta*¹⁰⁷⁷ - As idas ao médico “nem sempre são bem vistas pelos mais pequenos”¹⁰⁷⁸, sendo atribuído às mães o papel de as desdramatizar, preparando previamente as crianças para a consulta ou, no caso, dos bebês, a observar o seu comportamento.

Dada a incapacidade do bebé em verbalizar o que está a sentir, a mãe deve estar atenta ao seu comportamento:

Esteja também atento aos sinais de ansiedade do seu filho durante a consulta. Sendo ele ainda pequenino terá dificuldade em se manifestar por palavras. Se for possível peça ao médico que o observe ficando ele ao seu colo.

Se vir que o seu filho está demasiado assustado, não hesite em pedir ao médico que suspenda um pouco a consulta para que acalme o seu filho. Não se esqueça de que conhece o seu filho melhor do que ninguém. Só você saberá quando e como acalmá-lo. Não faça cerimónia com o médico. É preferível um pediatra ligeiramente irritado por uma consulta interrompida, do que uma criança com o pânico de ir ao médico.¹⁰⁷⁹

As mães são assim aconselhadas a “desmistificar a figura do médico”¹⁰⁸⁰ através da actividade lúdica, brincando com a criança e simulando situações que ocorrem durante a consulta; de conversas, explicando à criança que irá ao médico e descrevendo o que poderá acontecer: “No dia da ida ao médico, explique-lhe que vai tomar banho, almoçar e de seguida para a consulta. Fale-lhe também dos procedimentos médicos”¹⁰⁸¹; ou, ainda, a recompensá-la quando se porta bem: “Se a criança se comportou bem no médico, ofereça-lhe uma recompensa, um brinquedo ou uma guloseima”¹⁰⁸².

Contudo, a mãe não deve ter somente o cuidado de preparar a criança para a

1077Rosendo, G. (1995, Outubro). As idas ao médico. *PAIS&Filhos*, 76.

1078Anónimo (2001, Abril). Desmistifique as idas ao médico. *Crescer*, 39.

1079Rosendo, G. (1995, Outubro). As idas ao médico. *PAIS&Filhos*, 76.

1080Anónimo (1996, Março). Quem tem medo do pediatra. *Crescer*, 36-37.

1081*Ibid.*

1082Anónimo (1997, Dezembro). Truques na manga. *Crescer*, 16.

consulta, ela própria deve também preparar-se para que possa tirar os maiores benefícios desta e, sobretudo, para que fique mais informada.

*Prepare-se também para a ida ao pediatra*¹⁰⁸³ - Entendida como o local privilegiado de esclarecimento de dúvidas, as mães são incitadas a preparar-se, de forma a garantir que todas as suas interrogações serão esclarecidas e, simultaneamente, que nenhuma alteração importante no comportamento da criança será esquecida:

Entre consultas vá anotando num bloco as dúvidas que a vão assaltando e que gostava de ver esclarecidas na consulta seguinte. Mesmo que estas lhe pareçam por vezes disparatadas, desde o momento em que passam a ser dúvidas devem ser expostas e esclarecidas. Anote também os factos que foram ocorrendo e saem fora do normal: distúrbios com o sono, a alimentação, o choro... É importante para o médico conhecer todos estes factos fora do comum e para si é importante não esquecê-los.¹⁰⁸⁴

A primeira ida ao médico deverá ocorrer no décimo dia de vida. Nesta consulta será feito um “‘levantamento’ da sua história”¹⁰⁸⁵, designadamente dos antecedentes familiares em termos de doenças hereditárias (diabetes, alergias, hipertensão, etc.) e será “de novo observado dos pés à cabeça. Despido, auscultado, pesado e medido”¹⁰⁸⁶.

No que diz respeito à periodicidade, as mães são aconselhadas, durante o primeiro ano, a levar a criança mensalmente ao médico, pois esta cresce tão rapidamente que, para ser devidamente acompanhada, necessita de ser observada de mês a mês:

No primeiro ano de vida, o ritmo de evolução é tão veloz, que o pediatra precisa de examinar a criança a cada 30 dias, no mínimo. Só assim, ele consegue acompanhar e certificar-se de que tudo vai bem com a saúde do seu pequenino.¹⁰⁸⁷

1083Rosendo, G. (1995, Outubro). As idas ao médico. *PAIS&Filhos*, 76.

1084*Ibid.*

1085Baptista, I. B. (1998, Novembro). Boletim de saúde. *PAIS&Filhos*, 20-22.

1086*Ibid.*

1087Anónimo (1998, Janeiro). 2 anos para ganhar o mundo. *Crescer*, 26-29.

Posteriormente, a frequência vai diminuindo sendo que, a partir dos 3 anos, a criança passa a ser observada anualmente.

A monitorização do desenvolvimento físico da criança, ou seja, da sua evolução em termos de peso e altura, é uma das componentes essenciais da consulta médica e objecto de preocupação para muitas mães - “o tamanho dos nossos filhos será sempre um tópico importante de conversa”¹⁰⁸⁸ - designadamente, no que diz respeito à *normalidade*, como testemunha uma mãe:

Fui mãe pela primeira vez há seis meses e posso dizer que tenho vivido numa verdadeira angústia este último meio ano. Penso sempre que o meu filho está atrasado em tudo. Por mais que o pediatra diga que ele é perfeitamente normal e que se deve respeitar o ritmo de cada criança, eu não consigo descontraí-me e deixar de compará-lo com todas as crianças que encontro na rua.¹⁰⁸⁹

Como se pode verificar pela leitura do excerto da carta acima transcrita, as mães são alertadas para a necessidade de respeitar o ritmo de crescimento individual de cada criança - “Muito grandes ou muito pequenos, cada um cresce ao seu ritmo”¹⁰⁹⁰ – tornado visível nas curvas de percentis, parte integrante do Boletim de Saúde de qualquer criança, que os médicos preenchem em cada observação:

No consultório, na primeira consulta de rotina, o médico mede o perímetro cefálico, peso e altura do bebé. Os dados são anotados no boletim de saúde infantil e juvenil, onde serão regista das todas as informações relativas ao desenvolvimento da criança. Com o tempo, esses valores vão formar um gráfico, que permite analisar a evolução da criança, possibilitando ao médico, perceber qualquer anomalia no seu desenvolvimento.¹⁰⁹¹

As curvas de percentis são aplicadas para avaliar o desenvolvimento da criança

1088Anónimo (2005, Fevereiro). Sempre a crescer! *PAIS&Filhos*, 59.

1089Soares, A. (1996, Maio). As gracinhas do bebé. *Crescer*, 98.

1090Anónimo (2005, Fevereiro). Sempre a crescer! *PAIS&Filhos*, 59.

1091Anónimo (1998, Janeiro). 2 anos para ganhar o mundo. *Crescer*, 26-29

face às crianças da mesma idade. Utilizadas para medir e avaliar um conjunto diversificado de parâmetros, aquelas que constam do Boletim de Saúde da Criança dizem respeito à altura, ao peso e ao perímetro cefálico (medido até aos 36 meses).

Estas curvas, para além de permitirem situar a criança face às outras da sua faixa etária, possibilitam avaliar modificações no seu ritmo de desenvolvimento, alterações estas que devem constituir objecto de preocupação:

Muitos pais têm a preocupação de saber se o peso e comprimento dos seus filhos estão na média (percentil 50). O objectivo não é que a criança cresça na média. Existem adultos altos e baixos, gordos e magros, e, da mesma forma, também as crianças, dependendo da herança genética que receberam dos seus pais, podem ser mais pesadas, mais leves, mais altas ou mais baixas, sem que isso signifique que alguma coisa está mal.

O mais importante é observar se a criança segue uma determinada curva tocando, por vezes, nas curvas que estão acima ou abaixo.¹⁰⁹²

Contudo, medir e pesar a criança não são os únicos objectivos da consulta médica. As idas ao pediatra permitem verificar se está tudo bem e, simultaneamente, esclarecer as dúvidas que vão surgindo quotidianamente em relação à criação e à educação da criança: “Estas pequenas visitas de rotina têm como objectivo um controlo do boletim de vacinas, do peso e crescimento do bebé e também um aconselhamento quanto a dúvidas que assaltam os pais”¹⁰⁹³.

Este não é, porém, o único especialista a quem as mães devem recorrer. Para garantir um bom estado de saúde da criança devem ainda fazê-las observar regularmente por um dentista.

*Muitas vezes, as cáries e outras patologias da boca não podem ser detectadas por quem não tem formação técnica adequada*¹⁰⁹⁴ - A saúde dos dentes de leite é um tema que preocupa os autores, devido à elevada prevalência de cáries entre a população infantil - “De acordo com os resultados do Estudo Nacional de Prevalência da Cárie

1092 Oom, P. (2004, Julho). Percentis. *PAIS&Filhos*, 34-38.

1093 Rosendo, G. (1995, Outubro). As idas ao médico. *PAIS&Filhos*, 76.

1094 Jaha, R. (1996, Março). Crescer responde: Medicina dentária. *Crescer*, 11-12.

Dentária na População Escolarizada, realizado pela Direcção-Geral de Saúde em 1999, aos seis anos apenas 33 por cento das crianças de seis anos não apresentavam cáries”¹⁰⁹⁵.

Contudo, também as mães parecem estar preocupadas com a saúde oral dos seus filhos, na medida em que escrevem para as revistas solicitando orientação sobre a periodicidade com que a vigilância médica dos dentes deve ser realizada: “Tenho um filho com dois anos e sete meses. Com que regularidade devo levá-lo ao dentista, a título de prevenção”¹⁰⁹⁶; ou sobre como deverão proceder para assegurar a saúde oral dos seus filhos: “O que devo fazer para começar já a tratar dos dentes do meu filho, que, com oito meses, já tem oito incisivos e os pré-molares a romper?”¹⁰⁹⁷.

Apesar de preocupadas, as mães são consideradas as principais responsáveis por este problema:

A principal transmissora de cárie para a criança é a mãe, ao soprar e provar a comida que vai dar ao filho (...) Existe ainda a chamada 'cárie de biberon' que aparece quando os pais têm o mau hábito de deixarem as crianças sozinhas a beber biberon de noite, deitadas na cama.¹⁰⁹⁸

Assim sendo, para além de evitarem este tipo de comportamentos, as mães devem garantir que o seu filho lava correctamente os dentes, restringir a quantidade de açúcar que a criança consome e, ainda, única forma de verificar se estes cuidados estão a ser eficazes, levá-lo periodicamente ao dentista. Como responde o dentista Ricardo Jaha a uma mãe que solicita essa informação: “As visitas ao dentista, tanto para as crianças como para os adultos, devem ser feitas com intervalos regulares de seis meses”

A mãe é ainda aconselhada a fazer observar a criança por um oftalmologista, de forma a prevenir e corrigir, se necessário for, problemas de visão que eventualmente possam surgir.

1095Oliveira, P. (2005, Fevereiro). O que é bom para o ventre é mau para o dente. *PAIS&Filhos*, 42-46.

1096Cunha, T. (1996, Maio). Visitas ao dentista [carta ao editor]. *Crescer*, 12.

1097Faria, P. (1997, Dezembro). Primeiros dentes [carta ao editor]. *Crescer*, 8.

1098Oliveira, P. (2005, Fevereiro). O que é bom para o ventre é mau para o dente. *PAIS&Filhos*, 42-46.

*O rastreio da visão deve ser uma rotina*¹⁰⁹⁹ - As mães são aconselhadas a realizar rastreios oftalmológicos aos seus filhos, já que os problemas de visão atingem “cerca de 10 por cento dos meninos e meninas de três a seis anos”¹¹⁰⁰, embora pareça não existir concordância em relação ao momento e à periodicidade com que devem ser realizados:

Um sistema ideal incluiria consulta de rotina após o nascimento, aos seis meses, aos três anos, aos cinco ou seis anos (primeira classe), e de novo aos oito ou dez. Há quem recomende exames aos dois e aos quatro em vez de aos três e aos cinco; outros recomendam exames de dois em dois anos desde os cinco até à adolescência, consulte o pediatra acerca do sistema que ele aconselha¹¹⁰¹.

Este rastreio precoce permite detectar, no caso de existirem, “pequenos distúrbios, como leves estrabismos ou uma diferença de grau entre os olhos”¹¹⁰² que, quando a criança é pequena, são mais facilmente corrigidos. Para além do rastreio, que deve ser realizado mesmo que não haja qualquer suspeita de eventuais problemas, as mães são ainda alertadas para alguns sinais cuja presença indica a necessidade da criança ser vista por um oftalmologista: “Comichão ou vermelhidão nos olhos, aversão à claridade e leves dores de cabeça no fim do dia estão entre os sintomas que devem alertar os pais para possíveis distúrbios do foro oftalmológico”¹¹⁰³.

Contudo, apesar de todos os cuidados referidos anteriormente serem essenciais para a manutenção da saúde da criança, a vacinação assume um lugar de destaque, sendo considerada a “prioridade absoluta entre os cuidados preventivos”¹¹⁰⁴.

*Vacinação: Conheça este método de prevenção*¹¹⁰⁵ - Vacinar uma criança é um acto de rotina, realizado em qualquer Centro de Saúde, e que abrange a maioria da população infantil. A sua importância na prevenção e inclusivamente erradicação de

1099Oom, P. (2004, Maio). Bons olhos os vejam! *PAIS&Filhos*, 79-82.

1100Anónimo (1997, Outubro). Atenção aos olhos antes das primeiras letras. *Crescer*, 68.

1101Raible, H. (1995, Abril). Eu vejo-te! *PAIS&Filhos*, 42-46.

1102Anónimo (1997, Outubro). Atenção aos olhos antes das primeiras letras. *Crescer*, 68.

1103*Ibid.*

1104Anónimo (1998, Janeiro). 2 anos para ganhar o mundo. *Crescer*, 26-29.

1105Rodrigo, M. J. (1998, Novembro). Vacinação: Conheça este método de prevenção. *Crescer*, 56-57.

algumas doenças infecto-contagiosas como, por exemplo, a varíola, faz com que, apesar da sua obrigatoriedade, os autores que abordam este tema, na sua grande maioria médicos, se esforcem por convencer os pais do seu interesse.

A preocupação em alertar os pais para as vantagens da vacinação, numa época em que a sua realização é obrigatória e o seu cumprimento exigido para que, por exemplo, a criança possa frequentar a escola, surge devido a interrogações que existem, por parte de alguns pais, em relação a este procedimento, e que algumas vezes conduzem à sua recusa. Como afirma o pediatra Manuel Abecassis: “Que a vacinação deixa muitos pais com sérias dúvidas, ninguém o pode negar”¹¹⁰⁶.

As dúvidas dos pais relacionam-se, sobretudo, com a questão da segurança das vacinas, ou seja com a possibilidade de possuírem alguns efeitos secundários, que os autores tentam desmistificar: “Segundo um novo estudo publicado no ‘British Medical Journal’ a vacina tripla contra o sarampo, a papeira e a rubéola não aumenta o risco das crianças desenvolverem a doença de Crohn - doença inflamatória do intestino”¹¹⁰⁷.

Contudo, convencidos da importância da imunização para a saúde da criança, os autores vão tentar convencer os pais da importância desta prática. Como afirma a pediatra Maria João Rodrigo:

Depois da certidão de nascimento, o documento mais importante que o seu filho precisa de ter é o boletim de vacinas. Não se trata de um problema ou mera burocracia. As vacinas significam saúde, na mesma proporção em que maternidade significa responsabilidade. Lembre-se que imunizar uma criança através das vacinas é a melhor maneira de protegê-la contra doenças graves, às vezes fatais, que costumam fazer vítimas em grande escala¹¹⁰⁸.

Para além das questões relacionadas com a prevenção, e dado que a doença faz parte da vida de qualquer criança - “As crianças estão mais susceptíveis a diversas doenças, não só devido ao permanente contacto com os outros, mas também porque têm

1106Abecassis, M. (1996, Julho). Observatório de vacinas. *PAIS&Filhos*, 53-54.

1107Anónimo (2005, Agosto). Doença de Crohn: Injecção tripla evita evolução. *Crescer*, 8.

1108Rodrigo, M. J. (1998, Novembro). Vacinação: Conheça este método de prevenção. *Crescer*, 56-57.

um sistema imunitário mais fraco do que o dos adultos”¹¹⁰⁹ - as mães devem ainda possuir conhecimentos que lhes permitam tratar a criança, no caso das doenças mais comuns, assim como a identificar os sinais que indicam estar perante uma situação mais grave e que, pela sua natureza, exige o recurso a um médico.

*O seu filho está doente?*¹¹¹⁰ - Em primeiro lugar, as mães devem aprender “a interpretar os sinais e a analisar a progressão da doença”¹¹¹¹, de forma a distinguir os sintomas menos graves, ou seja, a doença que pode tratar-se em casa, daqueles que exigem o recurso ao médico ou, inclusivamente, ao hospital: “Reconhecer os sinais de doença é o primeiro passo para cuidar bem do seu filho”¹¹¹².

No que diz respeito aos recém-nascidos, as mães são aconselhadas a consultar imediatamente o médico se a temperatura do corpo for inferior a 36° ou superior a 38°, ou ainda nas seguintes situações:

Se chorar muito e com frequência é porque eventualmente está qualquer coisa errada. Deve-se ter o mesmo cuidado se o bebé dormir mais de quatro horas entre as mamadas e sugar o peito com muita lentidão. Ou, ainda, no caso do bebé chorar pouco e não reagir aos estímulos dos pais, como agarrar instintivamente os dedos.¹¹¹³

Relativamente às crianças mais velhas, os sintomas que devem levar as mães a “ligar para o pediatra ou para a linha Saúde 24 ou ir ao hospital o mais rapidamente possível”¹¹¹⁴, são os seguintes:

Febre alta e duradoura, que não reage a antipiréticos.

Dificuldade em respirar, acompanhada de estridor (ruído chilreante) ou cianose (lábios e unhas roxas).

Manchas vermelhas na pele e febre.

1109 Anónimo (2005, Abril). O seu filho está doente? *Crescer*, 42.

1110 Anónimo (2005, Abril). O seu filho está doente? *Crescer*, 42.

1111 Anónimo (2005, Junho). Guia da saúde. *Crescer*, 32-36.

1112 *Ibid.*

1113 Anónimo (1998, Setembro). Aprenda a conhecer o bebé. *Crescer*, 14-15.

1114 Anónimo (2005, Abril). Urgente ir ao pediatra! *PAIS&Filhos*, 94.

Perda de conhecimento ou sonolência profunda.

Convulsões.

Vômitos biliosos ou com sangue.

Diarreia muito líquida, abundante e com muita frequência.

Dor aguda no abdómen, localizada numa zona concreta, contínua e que aumenta com o movimento.

Choro contínuo e inconsolável, principalmente nos lactentes.¹¹¹⁵

As crianças doentes devem ainda ser alvo de cuidados especiais, designadamente no que diz respeito à alimentação. Período que se caracteriza por uma diminuição do apetite da criança, esta é uma situação causadora de alguma apreensão nas mães, que procuram estratégias para a solucionar: “angustiadas com essa alteração, as mães procuram uma receita mágica para que os filhos voltem a comer”¹¹¹⁶.

Contudo, as mães são aconselhadas, tal como foi referido anteriormente em relação à alimentação da criança saudável, a respeitar essa ausência de apetite pensando que “quando ele estiver bom, recupera”¹¹¹⁷.

A automedicação é outro aspecto importante. Alertadas para os seus perigos, as mães são aconselhadas a administrar somente os medicamentos que o médico receita: “Por mais banal que a doença lhe pareça, nunca medique o seu bebé por sua iniciativa. Se se aperceber de que algo não está bem com ele, consulte o pediatra”¹¹¹⁸.

As orientações do médico, no que diz respeito à dosagem e ao horário de administração, assim como a atenção ao prazo de validade do medicamento, são também aspectos que as mães são aconselhadas a não descurar, pois poderão, ao fazê-lo, estar a prejudicar a saúde da criança: “pequenos descuidos podem anular o efeito do medicamento e até prejudicar a saúde do seu filho”¹¹¹⁹.

*Cuidados que facilitam a cura*¹¹²⁰ - O afecto é um elemento essencial do

1115Anónimo (2005, Abril). Urgente ir ao pediatra! *PAIS&Filhos*, 94.

1116Anónimo (1998, Setembro). Com febre e sem fome... Que fazer? *Crescer*, 29.

1117 Uden, C. (1995, Fevereiro), TCHIIIM! Tratamento VIP para quem adoece. *PAIS&Filhos*, 50-52.

1118Anónimo (1998, Maio). A hora do remédio. *Crescer*, 12-14.

1119Anónimo (1996, Março). Está na hora do remédio. *Crescer*, 38.

1120Anónimo (2005, Fevereiro). Mimos que acalmam as dores. *Crescer*, 30-31.

processo de tratamento da criança, tão fundamental para a sua cura como os medicamentos. A mãe deverá estar disponível para dar maior atenção à criança já que nesta situação os mimos são especialmente importantes: “Mais do que nunca o colo e o carinho da mãe serão bem-vindos”¹¹²¹.

Para além de fazerem referências a estes cuidados mais gerais, existe um conjunto de doenças que, pela sua menor gravidade, não necessitam de tratamento médico, tais como as constipações e as perturbações intestinais, em que “a experiência dos pais e o bom-senso são suficientes para resolver a situação”¹¹²². Neste sentido, os autores vão indicar às mães como devem proceder, indicando-lhes o que fazer para baixar a febre: “Deve-se retirar-lhe os agasalhos e refrescar o ambiente. O banho de água tépida (aproximadamente 37 graus) também pode ajudar”¹¹²³; tratar as perturbações intestinais: “Se o seu bebé está com os intestinos um pouco desregulados, mas não é caso para pediatra, pode preparar o biberão como costuma fazer sempre, mas utilizando a água em que cozeu o arroz”¹¹²⁴, ou, ainda, no caso da criança ter tosse:

Em primeiro lugar o bebé deve beber muito - leite, chá para bebés ou água - que irá facilitar a liquidificação das secreções nos brônquios, tornando mais fácil a sua expulsão. Deve-se também tornar o ambiente do quarto do bebé mais húmido - as boas marcas, como a Chicco e a Pré-Natal têm vaporizadores já pensados para estas situações.¹¹²⁵

Para além da referência a estas doenças menos graves são ainda mencionadas doenças como a meningite, a conjuntivite, a doença celíaca, a diabetes e o cancro, para além das doenças do foro alérgico, como os eczemas, as rinites, a asma, nas quais o papel da mãe se resume prevenção, dado que o seu tratamento deve ser realizado por um médico.

No que diz respeito às doenças infantis, a generalização da vacinação e do

1121Anónimo (1998, Setembro). Com febre e sem fome... Que fazer? *Crescer*, 29.

1122Anónimo (2005, Abril). Urgente ir ao pediatra! *PAIS&Filhos*, 94.

1123Rodrigo, M. J. (1999, Fevereiro). Para acabar de vez com os mitos médicos: Tire as dúvidas sobre a febre. *Crescer*, 44-47.

1124Anónimo (2001, Outubro). Intestinos regulados. *Crescer*, 68.

1125Stilwell, I. (1994, Janeiro). Febres e constipações e outros males comuns... O que fazer! *PAIS&Filhos*, 29-34.

acesso aos cuidados médicos, em paralelo com o desenvolvimento de formas mais eficazes de tratamento, de que os antibióticos são o mais flagrante exemplo, são factores que contribuíram para a diminuição do número de mortes por doença infecto-contagiosa entre as crianças, nomeadamente até aos 5 anos de idade. Perante esta realidade, novas ameaças surgem, designadamente os acidentes, principal causa de morte das crianças com idades compreendidas entre o 1 e os 4 anos.

A preocupação com a preservação da saúde e, inclusivamente, da vida da criança passam, por este motivo, a não estar só relacionadas com a prevenção e o tratamento da doença, mas também com a garantia da sua segurança: “Entre o primeiro e o segundo ano de vidas, segurança é uma palavra-chave na vida do seu filho”¹¹²⁶.

III.4.2.5. Segurança infantil

Menções aos acidentes causados por afogamentos, intoxicações, asfixia, essencialmente pela ingestão de objectos pequenos e queimaduras, quedas, acidentes de viação ou o perigo do contacto com estranhos, são uma constante, assistindo-se a uma verdadeira preocupação com a questão da segurança infantil, considerada uma das principais responsabilidades dos pais: “Prevenir os acidentes é uma das tarefas mais importantes dos pais”¹¹²⁷.

Para tal deverão vigiar atentamente os seus filhos, assim como tomar medidas concretas de forma a evitar que os acidentes aconteçam, o que é facilitado pela quantidade de objectos existentes no mercado, concebidos especificamente com essa finalidade, publicitados frequentemente pelas revistas.

*Não tire os olhos dele!*¹¹²⁸ - Naturalmente curiosas e sem noção do risco, pelo menos nos primeiros anos – “Nesta idade não há noção do perigo e há o gosto pela

1126Anónimo (1994, Maio). Tome cuidado com estranhos. *Crescer*, 69.

1127Clark, L. (1995, Agosto). O seguro morreu de velho. *PAIS&Filhos*, 44-47.

1128Anónimo (1996, Março). Crianças perdidas, o eterno temor dos pais. *Crescer*, 69.

descoberta e tentativa de experiência”¹¹²⁹ - a vigilância é um elemento essencial da prevenção dos acidentes. Embora fundamental, esta deve ser acompanhada por um conjunto de medidas, quer dentro, quer fora de casa, que possibilitam a redução do risco.

*A segurança também deve ser levada a sério dentro de casa*¹¹³⁰ - A habitação deve ser alvo de uma especial atenção, sendo as mães aconselhadas a percorrê-la de joelhos, para mais facilmente identificarem todos os perigos:

O melhor método para descobrir e suprimir os "perigos" que a sua casa pode oferecer a uma criança é dar a volta à casa, de joelhos e com a cabeça erguida. Assim, estará à altura da criança e poderá descobrir tudo o que é perigoso para ela.¹¹³¹

Depois de identificados, o passo seguinte consiste na protecção da criança, tomando medidas concretas para que a casa se torne um local seguro, como aquelas que a seguir se transcrevem:

Confira as principais recomendações para garantir a segurança do bebé em casa...

Instale tampas protectoras nas tomadas eléctricas;

Guarde todos os produtos potencialmente perigosos em locais apenas acessíveis a adultos;

Utilize barreiras de segurança para impedir o acesso a zonas perigosas, como as escadas e a varanda;

Retire todos os tapetes da casa ou fixe-os ao chão com fitas adesivas duplas;

Coloque dispositivos para arredondar os cantos dos móveis;

Use fechos de segurança ou travões nas janelas, que as mantenham fechadas ou que permitam abri-las até determinado ponto.

As mães devem ainda ter um especial cuidado com o tamanho dos objectos que

1129 Rodrigo, M. J. (1996, Maio). Faça do seu filho um adulto saudável. *Crescer*, 18-19.

1130 Anónimo (2005, Junho). Escadas protegidas evitam acidentes. *Crescer*, 25.

1131 Anónimo (1998, Setembro). Truques na manga. *Crescer*, 6.

estão ao alcance da criança, desde as chuchas – “tem havido casos em que as argolas protectoras das chuchas separam-se e a criança acaba por engoli-las”¹¹³² - aos brinquedos, assim como com os objectos cortantes: “Mantenha as ferramentas e os instrumentos cortantes fora do alcance deles”¹¹³³.

Para além dos acidentes domésticos, as mães devem ainda ter especiais precauções em relação aos afogamentos, uma das principais causas de morte por acidente nas crianças pequenas: “os afogamentos e os acidentes na água representam a segunda causa de morte acidental das crianças portuguesas entre um e quatro anos”¹¹³⁴.

*Previna acidentes na água*¹¹³⁵ - As mães são alertadas para o facto da morte por afogamento ser extremamente rápida: “A criança perde os sentidos em dois minutos e em quatro a seis minutos podem dar-se lesões cerebrais irreversíveis. A morte por afogamento pode acontecer em vinte minutos”¹¹³⁶, razão pela qual nunca devem deixar a criança sozinha quando existem estes perigos por perto.

A mãe deve ainda colocar dispositivos de segurança à criança, de forma a protegê-la deste tipo de eventualidade, designadamente dos afogamentos no mar ou nas piscinas. Como defende a pediatra Manuela Correia:

Os mais pequenos deviam circular perto das piscinas sempre com coletes vestidos, mas não aqueles que se compram no supermercado. Têm que ser coletes que observem as normas de segurança e estejam aprovados pela CE. Acima de tudo, as crianças deviam estar sempre vigiadas por adultos.¹¹³⁷

Embora a vigilância seja, como já foi referido, a arma mais eficaz contra a maioria dos acidentes que podem ocorrer às crianças, a solução para os acidentes de viação, a maior ameaça à vida das crianças, encontra-se numa alteração do comportamento dos pais que, em relação a este aspecto ainda são considerados muito negligentes:

1132 Anónimo (1998, Janeiro). Ah... Já engoliu! *Crescer*, 30-31.

1133 Anónimo (2002, Julho). Pequenos fora de perigo. *Crescer*, 13.

1134 Oliveira, P. (2004, Julho). Pequenos nadadores. *PAIS&Filhos*, 49-52.

1135 Anónimo (2005, Agosto). Regras de segurança para férias. *Crescer*, 30-32.

1136 Oliveira, P. (2004, Julho). Pequenos nadadores. *PAIS&Filhos*, 49-52.

1137 Alves, L. (1997, Agosto). Entrevista: Manuela Correia – “SOS criança”. *PAIS&Filhos*, 32-34.

Os acidentes com crianças podem ser evitados por nós, pais atentos, que proibimos os nossos filhos de gatinhar até às tomadas de electricidade, que os avisamos para estar na praia só na beirinha do mar ou lhes pedimos tento nas tropelias para que não esfolem os joelhos ou partam a cabeça... Por isso, não se entende como é que a maior parte dos pais se esquece dos acidentes mais graves: os que estão relacionados com a estrada.¹¹³⁸

Entre os comportamentos de risco assumidos pelos pais, aquele que é alvo de maior crítica refere-se ao transporte das crianças sem respeito pelas medidas de segurança: “pelo menos $\frac{3}{4}$ dos pais transportam mal os filhos nos automóveis”¹¹³⁹. Esta é uma atitude consensualmente criticada, sendo numerosas as indicações dos cuidados que os pais devem ter para se assegurarem de que transportam adequadamente as crianças.

*Agora, toda a família vai viajar em segurança*¹¹⁴⁰ - A utilização de dispositivos de retenção adequados à idade e à dimensão da criança, obrigatória por lei desde 1994, assume, no que diz respeito à prevenção da mortalidade e da morbilidade infantil causadas por acidentes rodoviários, um papel importante: “se as crianças viajarem seguras no automóvel, o número de mortes pode baixar em 80%, o número de ferimentos graves em 25% e de ferimentos ligeiros em 33%”¹¹⁴¹.

Este é um pormenor que os pais não devem descurar, através da compra de um equipamento de segurança certificado e a sua consequente instalação de forma a que a segurança da criança esteja garantida. Como explica a pediatra Maria João Rodrigo, a uma mãe que escreve pedindo que a aconselhem sobre o tipo de cadeira que deverá adquirir para o seu bebé de 3 meses:

Compre uma cadeira que seja aprovada pela Direcção-Geral de Viação e adequada ao peso do seu bebé. Deve ser uma cadeira rígida, confortável, de fácil transporte e adaptável ao banco da frente, mas virada de modo a que o bebé viaje virado para trás. Um conselho: nunca facilite e ande de carro com o bebé

1138 Almeida, M. J. (1999, Junho). Aperte o cinto! *PAIS&Filhos*, 40-42.

1139 *Ibid.*

1140 APSI (1994, Novembro). Agora, toda a família vai viajar em segurança! *PAIS&Filhos*, 42-44.

1141 Falcão, I. (1998, Julho). Segurança no carro. *PAIS&Filhos*, 30-31.

ao colo.¹¹⁴²

À preocupação com os acidentes domésticos, na água ou de viação junta-se, ainda, o potencial perigo vindo de pessoas estranhas: “Basta dar uma vista de olhos nas notícias dos jornais para verificar que os raptos e sequestros de crianças acontecem frequentemente”¹¹⁴³.

*Tome cuidado com estranhos*¹¹⁴⁴ - A melhor forma de prevenir este perigo é vigiar atentamente a criança, andando sempre com ela pela mão quando passeia pela rua ou em lugares muito movimentados:

Ao andar pela rua e em lugares movimentados, segure a criança pela mão, mesmo que ela proteste.

Quando levar o seu filho ao parque, para brincar, fique sempre por perto. Siga-o caso se afaste e segure-o se algum estranho se aproximar.¹¹⁴⁵

As mães são ainda aconselhadas a nunca deixar que a criança utilize roupa com o seu nome inscrito, pois “as crianças são muitas vezes enganadas por estranhos que as chamam pelo nome”¹¹⁴⁶.

A tarefa das mães não se resume, porém, à vigilância e à tomada de medidas que garantam a segurança da criança. São também responsáveis, a partir do momento em que o seu filho tem capacidade para tal, pelo ensino de regras que permitam, mais tarde, que este se comporte de forma a preservar a sua saúde e, inclusivamente, a sua vida.

*O melhor que pode fazer para o proteger é ensinar-lhe, desde cedo, algumas regras básicas de segurança*¹¹⁴⁷ - As mães são aconselhadas a iniciar este ensino desde muito cedo, o que deve ser feito através do exemplo: “Explicar e ensinar estas regras tem de começar bem cedo – logo que a criança ande sozinha – por isso, assegure-se de

1142 Rodrigo, M. J. (1999, Abril). Crescer responde: Pediatria. *Crescer*, 76-77.

1143 Anónimo (1994, Maio). Tome cuidado com estranhos. *Crescer*, 69.

1144 *Ibid.*

1145 *Ibid.*

1146 Clark, L. (1995, Agosto). O seguro morreu de velho. *PAIS&Filhos*, 44-47.

1147 *Ibid.*

que lhe dá o bom exemplo logo desde a primeira infância”¹¹⁴⁸.

O exemplo é considerado a melhor forma de transmitir as regras de segurança à criança – “o exemplo vale mais do que todos os conselhos do mundo”¹¹⁴⁹ – devendo as mães ter o cuidado de regular o seu próprio comportamento, para que procedam da forma que desejam incutir no seu filho:

Faça estas perguntas a si próprio: quando vai na rua com o seu filho atravessa apenas no sinal verde para os peões? Respeita sempre os semáforos? Caminha pelo passeio? Atravessa a estrada com todos os cuidados? Põe o cinto de segurança? Os filhos seguem sempre o exemplo dos pais. De cada vez que decidir atravessar no vermelho, o seu filho vai interiorizar esse comportamento como o mais correcto. E vai repeti-lo. De pouco ou nada servirá dizer-lhe que só se atravessa no verde. Essas palavras vão esbarrar nas aprendizagens já adquiridas pela criança. Se quer incutir regras de segurança rodoviária ao seu filho, não se preocupe muito com o discurso. Dê o exemplo.¹¹⁵⁰

Outra forma de transmitir as regras de segurança às crianças é através da actividade lúdica: “Pode também utilizar livros, jogos e representações para ensinar a uma criança pequena as regras básicas da segurança”¹¹⁵¹, como aquelas que, a título de exemplo, são sugeridas pelos autores: “Pegue numa bola de plasticina e ‘conduza’ um carrinho de encontro a ela. O carro fará uma grande amolgadela, tal como o carro verdadeiro pode fazer ao nosso corpo”¹¹⁵².

A autonomia na utilização de medidas de prevenção também é uma componente essencial desta aprendizagem. As mães devem incentivar a criança, desde logo, a “ser ela a pôr o cinto, ensiná-la a atravessar a rua, a pôr capacete e joelheiras”¹¹⁵³, assim como a defender-se dos estranhos, gritando se “alguém tentar induzi-lo a alguma

1148 Clark, L. (1995, Agosto). O seguro morreu de velho. *PAIS&Filhos*, 44-47.

1149 Anónimo (2005, Fevereiro). Perigos na estrada: os pais são os maiores exemplos. *PAIS&Filhos*, 72.

1150 *Ibid.*

1151 Clark, L. (1995, Agosto). O seguro morreu de velho. *PAIS&Filhos*, 44-47.

1152 *Ibid.*

1153 Gouveia, A. C. (1997, Outubro). Crescer responde: Psicologia. *Crescer*, 9.

coisa”¹¹⁵⁴.

Para além de prevenir os acidentes, as mães devem estar ainda preparadas para socorrer o seu filho, no caso de estes sucederem.

Um dos elementos essenciais para a prestação dos primeiros socorros é a existência, em casa, do material necessário para a sua realização:

Os acidentes podem acontecer em qualquer altura e em qualquer lugar, por isso tenha o estojo de primeiros socorros sempre pronto e com os seguintes artigos: Desinfectante; algodão; compressas; adesivos e pensos; tesoura; pinça; termómetro e antipirético.¹¹⁵⁵

As mães são ainda ensinadas a tratar “cortes e esfoladelas”¹¹⁵⁶, picadas de insecto, ou a como proceder no caso da criança se queimar.

Assegurada a saúde e o normal desenvolvimento físico das crianças, a tarefa das mães consiste na promoção da sua saúde mental, da formação da sua personalidade, mas também do desenvolvimento cognitivo. Esta é uma tarefa especialmente delicada, que causa alguma inquietação às mulheres, que se interrogam sobre qual será a melhor forma de educar os seus filhos: “Quero educá-la correctamente sem criar complexos ou deformações psicológicas naquela cabecinha. Quero agir correctamente”¹¹⁵⁷.

É com o objectivo de auxiliar a mãe neste processo educativo que os autores vão divulgar informação sobre o processo de desenvolvimento psicológico da criança, assim como acerca o modo como as mães devem proceder para que este decorra da melhor forma possível, ou seja, de forma a assegurar “o bom desenvolvimento dos filhos, o seu equilíbrio interior e a sua felicidade”¹¹⁵⁸.

1154 Clark, L. (1995, Agosto). O seguro morreu de velho. *PAIS&Filhos*, 44-47.

1155 Anónimo (2001, Agosto). Mala de primeiros socorros sempre a postos. *Crescer*, 17.

1156 Anónimo (2004, Janeiro). Como tratar cortes e esfoladelas. *Crescer*, 55.

1157 P., F. (1998, Janeiro). Menina chorona [carta ao editor]. *Crescer*, 8-9.

1158 Esteves, A. (2001, Agosto). As asas das fadas. *PAIS&Filhos*, 76-79.

III.4.3. Educar

Apesar da educação das crianças ser uma tarefa que se prolonga por toda a infância, as primeiras idades devem ser, por parte das mães, alvo de uma especial atenção, dada a sua importância para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social, ou seja, para a construção do adulto em que a criança se tornará: “Tudo o que acontece na infância perdura em nós de forma estruturante, é a época em que se constroem os principais pilares para a nossa vida”¹¹⁵⁹.

*O futuro prepara-se em segredo, mesmo ao nosso lado*¹¹⁶⁰ - Os primeiros anos de vida, designadamente o período que decorre entre o nascimento e os 3 anos, são considerados essenciais, como afirma Brazelton, citado num artigo analisado, para a formação “da personalidade, do equilíbrio dos facetos, numa palavra, da pessoa”¹¹⁶¹. Esta importância atribuída aos primeiros anos, não só ao período que decorre entre os 0 e os 3 anos, mas sim a todo aquele que antecede a entrada no 1º ciclo do ensino básico é acompanhada pela “constatação do rol de circunstâncias que podem afectar esse desenvolvimento”¹¹⁶² o que poderá contribuir para a crescente insegurança sentida pelos pais:

Na prática educativa, o conhecimento dos factores que prejudicam o desenvolvimento infantil e a preocupação de os combater podem transformar a tarefa de promover o bem estar das crianças numa missão impossível, provocar desânimo e o sentimento generalizado de que é inútil esforçar-se por melhorar a situação. Neste contexto, sem dúvida sombrio, muitos pais sentem-se inseguros. Estarão eles à altura? Terão condições para proteger e preparar os filhos para viver na sociedade actual?¹¹⁶³

Face a esta insegurança, às dúvidas que parecem afligir a maioria dos pais, e dada a importância assumida pelos primeiros anos para o desenvolvimento da criança,

1159 Azedo, C. (2005, Agosto). Amigos de Verão. *PAIS&Filhos*, 63-66.

1160 Santos, A. (1999, Agosto). Férias felizes. *PAIS&Filhos*, 78.

1161 Cordeiro, M. (2004, Março). Conflito de interesses. *PAIS&Filhos*, 76-77.

1162 Santos, A. (1997, Dezembro). A resiliência. *PAIS&Filhos*, 68.

1163 *Ibid.*

os autores vão divulgar um conjunto de sugestões, de forma a auxiliá-los na educação dos seus filhos:

Os primeiros anos de vida de uma criança são tempos de mudanças e descobertas. É que, num curto espaço de tempo, o bebé que só dormia e comia transforma-se numa personazinha bastante mais complexa e exigente. Para saber como enfrentar essas situações fique atenta às nossas sugestões.¹¹⁶⁴

Dessas sugestões fazem parte referências às qualidades que a mãe deve desenvolver, assim como aos comportamentos que deve adoptar no exercício da função maternal.

O primeiro requisito para o bom exercício da acção educativa é o desenvolvimento de um conjunto de qualidades, tais como a paciência, a disponibilidade e a capacidade de reconhecimento das necessidades da criança. Como se explica num artigo sugestivamente intitulado *ABC das supermamãs*, “Todos os progenitores saudáveis sentem um desejo forte de proteger o pequeno ser dependente, bem como adivinhar e satisfazer as suas necessidades”¹¹⁶⁵.

Para além destas qualidades, as mães devem ainda ser capazes de reflectir sobre a forma como exercem a função maternal e de modificar o seu comportamento de acordo com essa avaliação: “Todas mães, todas as pessoas têm momentos menos felizes. A diferença é que algumas analisam o que fizeram, pensam nisso, procuram evoluir”¹¹⁶⁶.

Porém, o desenvolvimento destas competências maternais não é suficiente, por si só, para garantir que a criança se desenvolva de uma forma harmoniosa. Para tal é necessário que o meio que a rodeia, designadamente o ambiente familiar, possua características que lhe permitam funcionar como o “suporte emocional necessário ao seu desenvolvimento”¹¹⁶⁷.

1164 Anónimo (1998, Janeiro). O meu melhor amigo... *Crescer*, 14.

1165 Anónimo (2004, Maio). ABC das supermamãs. *Crescer*, 64-65.

1166 Gouveia, A. C. (1998, Janeiro). Crescer responde: Psicologia. *Crescer*, 8-9.

1167 Anónimo (2005, Fevereiro). A família ideal. *PAIS&Filhos*, 72.

III.4.3.1. Ambiente familiar

A família exerce uma forte influência no desenvolvimento da criança, não só através das interações que com ela mantém, mas também através da forma como os seus diferentes membros interagem entre si. Neste sentido, a existência um ambiente familiar adequado ao desenvolvimento da criança é garantia do seu bem-estar presente e futuro:

Um bom ambiente familiar é essencial ao crescimento emocional da criança. A forma como ela estabelece as suas relações, como se insere socialmente, como começa a conduzir a sua vida depende, largamente, do que vive e observa em casa. Mais importante ainda: as primeiras vivências familiares afectam não só a socialização, mas também a forma como mais tarde as crianças vão construir a sua própria família e as suas relações íntimas. Em suma: a família é a base. Para o bem e para o mal.¹¹⁶⁸

Na base do ambiente familiar está a relação conjugal, de cuja qualidade depende a sua estabilidade e, conseqüentemente, o bem-estar da criança.

A primeira qualidade de uma relação conjugal propiciadora de um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança é a autenticidade. Embora os autores defendam que a criança deve ser preservada dos conflitos graves, daqueles cuja “tensão atinge níveis impróprios para a sua idade”¹¹⁶⁹, entendem que os pequenos conflitos podem ter uma função educativa. Como explica a psicóloga Luísa Pedroso Lima:

Tudo isto é normal e até educativo para as crianças, se se tratar de uma pequena desavença em que, num curto espaço de tempo, os pais se zangam e fazem as pazes na presença dos filhos. Serve para desdramatizar as discussões, dar mais confiança às crianças na estabilidade da relação dos seus pais e para lhes ensinar que se pode lutar pelo nosso ponto de vista, sem que isso leve ao fim de uma

1168 Anónimo (2005, Fevereiro). A família ideal. *PAIS&Filhos*, 72.

1169 Anónimo (1999, Junho). Alivie as tensões familiares. *PAIS&Filhos*, 159.

relação.¹¹⁷⁰

Contudo, mais frequente do que as referências à qualidade da relação conjugal, são as menções à forma como os pais devem agir em caso de divórcio, de modo a minimizar o impacto que este poderá ter no desenvolvimento da criança.

*Filhos do divórcio: Como ajudá-los a superar o trauma*¹¹⁷¹ - Gerador de sentimentos de insegurança e angústia, tanto em crianças como adultos, é opinião dos autores que, embora com efeitos nefastos, tais consequências não serão tão graves como aquelas que advêm de a criança viver num ambiente em que a harmonia conjugal não existe: “Se a situação em casa é complicada, os pais agridem-se constantemente, quer fisicamente ou simplesmente com palavras, a separação pode representar para os filhos um verdadeiro alívio”¹¹⁷².

Outros autores defendem, porém, que a atribuição de maiores problemas psicológicos aos filhos de pais separados não passa de um mito:

É incrível como as pessoas são levadas a acreditar em mitos sem qualquer consistência nem prova científica, mas a verdade é que acreditam. A primeira crença popular diz que “os filhos de pais separados têm sempre mais problemas psicológicos do que os filhos de famílias unidas”¹¹⁷³. Fitzhugh Dodson, reputado psicólogo americano (...) declara sem hesitações “que não existe nenhuma prova científica que sustente esta tese. O que, na realidade, mostram muitos estudos recentes é que as famílias ditas normais produzem maior percentagem de crianças inadaptadas do que as famílias separadas”¹¹⁷⁴.

Contudo, apesar de não ser consensual, a opinião dominante é a de que o divórcio terá sempre consequências negativas no desenvolvimento da criança. Como refere o psicanalista João Seabra Diniz:

1170 Lima, L. P. (1994, Novembro). Os filhos nas crises do casamento. *PAIS&Filhos*, 34-36.

1171 Landeiro, M. J. (1999, Abril). Filhos do divórcio: Como ajudá-los a superar o trauma. *Crescer*, 50-51.

1172 *Ibid.*

1173 Alves, L. (1997, Agosto). Viver sozinho. *PAIS&Filhos*, 26-28.

1174 *Ibid.*

“Pessoas que estão agora na casa dos vinte, trinta anos garantem que é sempre uma dor”, assegura João Seabra Diniz. “Não encontrei ainda ninguém que, quando se chega ao ponto de analisar estes sentimentos, dissesse o contrário. E são pessoas com um desenvolvimento normal”.¹¹⁷⁵

A questão que se coloca é, então, a da minimização desses efeitos. A decisão deve ser comunicada à criança pelos dois progenitores, sendo orientados pelos autores em relação à forma como o devem fazer. Mais concretamente, são aconselhados a referir os seguintes aspectos:

- Gostaram muito um do outro, por isso se casaram e tiveram filhos. A criança precisa de saber que foi fruto do amor de ambos;
- Com o passar do tempo aconteceram coisas que fizeram com que a relação deixasse de ser tão boa;
- Os filhos são a prioridade e para que não sofram optam por separar-se;
- Os filhos não perdem nada em termos de amor, carinho e apoio dos pais e vão ser sempre as pessoas mais importantes das suas vidas.¹¹⁷⁶

As mães, já que são elas que ficam na maior parte dos casos com a guarda dos filhos, são ainda aconselhadas a desculpabilizar a criança e, simultaneamente, a dar-lhe uma maior atenção para que esta continue a sentir-se amada, elemento essencial para o seu desenvolvimento: “Mais do que palavras e promessas que assegurem à criança o amor infinito dos pais, ela precisa de sentir que continua a ser amada, pelas atitudes de carinho, protecção e equilíbrio que lhe proporcionam”¹¹⁷⁷.

Deverão ainda assegurar que o tempo que dedicam aos filhos é um *tempo de qualidade*, tendo o cuidado de não cair em extremos, designadamente, num excesso de amor e atenção: “O conselho que os psicólogos e psiquiatras dão a estas mães é o de terem em atenção que o essencial é a qualidade e não a quantidade de tempo que passam

1175 Pinho, A. L. (2001, Dezembro). Com o Natal às costas. *PAIS&Filhos*, 40-44.

1176 Anónimo (2005, Abril). Os dramas de quem se quer divorciar. *Crescer*, 12-14.

1177 Landeiro, M. J. (1999, Abril). Filhos do divórcio: Como ajudá-los a superar o trauma. *Crescer*, 50-51.

com os filhos”¹¹⁷⁸.

Os pais devem ainda esforçar-se por manter uma relação cordial, não demonstrando “qualquer hostilidade entre si na presença dos filhos”¹¹⁷⁹ e continuar a proceder, no que diz respeito à sua educação, como se ainda fossem uma família: “os pais têm, a todo o custo e por muito que isso custe, de aceitar papéis de adultos, pondo de lado ciúmes, invejas e birras. É importante que continuem a fazer opções como se tratassem de uma família”¹¹⁸⁰. Este é um contributo fundamental para o bem-estar da criança, já que esta pode “ultrapassar todas estas mudanças sem grandes desequilíbrios emocionais se sentirem que entre os progenitores existe bastante paz e diálogo”¹¹⁸¹.

A relação conjugal não é porém, no que diz respeito ao meio familiar, o único aspecto que exerce influência no desenvolvimento da criança. Mais importante do que a qualidade da relação entre os pais é a qualidade da relação que a criança estabelece com cada um deles, sobretudo com a mãe, a figura a quem, nos primeiros anos de vida, é atribuído um papel mais preponderante. Como explica o pedopsiquiatra Pedro Strecht:

é sempre inevitável falar-se de Mãe quando nos referimos aos primeiros anos de vida. Claro que o Pai é igualmente importante, por tudo quanto representa directamente, e também pelo papel indirecto de reforço e suporte à Mãe. Sabemos bem que a tarefa da maternidade é mais fácil de levar a bom porto, com maior investimento e menor esforço, quanto mais o Pai estiver presente. Mas, nos primeiros anos, a Mãe tem uma função única, dá e desenvolve com o bebé um vínculo afectivo fundamental, incomparável, a que não é alheia a própria base biológica que faz com que uma criança viva durante nove meses no interior do seu corpo.¹¹⁸²

1178 Alves, L. (1997, Agosto). Viver sozinho. *PAIS&Filhos*, 26-28.

1179 Landeiro, M. J. (1999, Abril). Filhos do divórcio: Como ajudá-los a superar o trauma. *Crescer*, 50-51.

1180 Raible, H. (1994, Janeiro). Natal, Ano Novo, festas de anos e o divórcio: «Passas com o teu pai ou com a tua mãe?» *PAIS&Filhos*, 24-26.

1181 Landeiro, M. J. (1999, Abril). Filhos do divórcio: Como ajudá-los a superar o trauma. *Crescer*, 50-51.

1182 Strecht, P. (2004, Maio). Maternidade em Maio, mês da mãe. *PAIS&Filhos*, 124.

*Mãe & bebê: Uma dupla de sucesso*¹¹⁸³ - Essencial para o crescimento da criança a relação mãe-criança contribui para a formação da sua personalidade, pois está na base do desenvolvimento de sentimentos de segurança, um “dos pilares que sustenta um ambiente feliz durante a infância”¹¹⁸⁴, e de auto-confiança:

Tudo o que já foi dito e escrito sobre a eterna história de amor entre uma mãe e o seu filho é sempre pouco, não chega nunca para explicar, aprofundar e abarcar todo esse mundo imenso e complexo que vai desde o nascimento até à morte. Pode sempre acrescentar-se algum dado novo, vão-se descobrindo e aprofundando novos significados e ramificações da relação maternal, mas há uma certeza universalmente garantida: ser desejado e incondicionalmente amado pela mãe proporciona, à partida, uma auto-confiança brilhante e feliz.¹¹⁸⁵

Para além de desempenhar um papel essencial na formação da personalidade da criança, a relação mãe-criança também influencia o desenvolvimento da inteligência: “Como explicam os neurologistas, a inteligência é construída sobre bases emocionais e, actualmente, sabe-se que as formações cerebrais mais precoces no ser humano são as da emoção e do afecto, que reforçam todas as outras estruturas do cérebro”¹¹⁸⁶.

A percepção de que esta relação é um dos factores que maior influência exerce no desenvolvimento da criança, tem como consequência a atribuição às mães de um papel único e insubstituível neste processo. Como explica a psicóloga Isabel Empis:

No princípio da vida, existe uma simbiose na qual mãe e bebé funcionam como uma só entidade. A mãe sente as necessidades e as carências do bebé como parte dela, o que lhe permite ser a pessoa mais adequada para prestar os cuidados de maternidade de que ele necessita.¹¹⁸⁷

É, assim, atribuída à mãe uma maior responsabilidade, já que se entende que o futuro da criança é determinado, em grande parte, pela qualidade da interacção que

1183 Carmo, S. (2000, Março). Mãe & bebê: Uma dupla de sucesso. *PAIS&Filhos*, 30-32.

1184 Anónimo (1998, Novembro). Faça o seu filho feliz com coisas simples. *Crescer*, 26-27.

1185 Castro, A. V. (2005, Junho). E se não gostarem de mim? *PAIS&Filhos*, 99-101.

1186 Anónimo (1997, Dezembro). As maravilhosas mentes dos bebés. *Crescer*, 24-26.

1187 Empis, I. (2005, Fevereiro). O desejo de maternidade. *PAIS&Filhos*, 36.

consegue estabelecer com o seu filho: “É na qualidade da relação afectiva entre a mãe e a criança que assenta grande parte do que cada criança vai ser, um dia, como adolescente e adulto”¹¹⁸⁸.

A disponibilidade emocional da mãe é um dos elementos essenciais para a qualidade dessa relação, assim como as demonstrações de afecto, que devem estar presentes em todos os momentos do quotidiano:

Cuidados básicos são demonstração de amor? Não são os cuidados em si que transmitem a mensagem de amor ao bebé. Esta comunicação afectiva só acontece quando a mãe está presente emocionalmente nesses gestos, pois são as suas emoções que alimentam a vida psíquica do bebé. Se os cuidados forem mecânicos, ele não se sentirá amado, querido. Mais do que falta de amor, isso implica a sua não existência, como se ele fosse apenas um corpo a ser tratado.¹¹⁸⁹

À medida que as crianças crescem, as formas de manifestar o amor pela criança também se modificam: “Elogiar as suas conquistas, o desenho feito na escola, preparar o seu prato preferido ou contar uma história na hora de dormir significam amor para ela, desde que esses gestos sejam realmente afectuosos”¹¹⁹⁰.

Para além do afecto, outro elemento essencial para a qualidade da relação é a comunicação que se estabelece entre mãe e criança, visível na capacidade que a mãe tem de compreender os desejos e as necessidades da criança: “Casos de crianças que têm a comunicação com a mãe extremamente prejudicada podem resultar em autismo e até em psicose”¹¹⁹¹.

Para compreender e comunicar eficazmente com a criança a mãe deve ser empática, no sentido em que deve conseguir colocar-se no lugar da criança, qualidade essencial, uma vez que, como explica o psicólogo Augusto Pinheiro, é “através das experiências empáticas que os bebés organizam a sua auto-estima e, mais globalmente,

1188 Strecht, P. (2004, Maio). Maternidade em Maio, mês da mãe. *PAIS&Filhos*, 124.

1189 Anónimo (1998, Março). Sabe demonstrar amor pelo seu filho? *Crescer*, 74.

1190 *Ibid.*

1191 Anónimo (1996, Outubro). Fragmentos de um discurso amoroso. *Crescer*, 14-17.

constroem as bases da sua vida psíquica”¹¹⁹².

Para tal conta com as suas competências maternas que deverão ser complementadas com uma observação atenta da criança: “As armas para a mãe perceber o filho são, em primeiro lugar, a sua capacidade interior para isso e, em segundo, um trabalho duro e diário de observações e deduções”¹¹⁹³, auxiliada pelo conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento infantil.

III.4.3.2. Conhecimento da criança

O conhecimento das etapas do desenvolvimento infantil, assim como das competências da criança, que as mães muitas vezes desconhecem - “Muitas vezes, os pais têm uma noção errada acerca do desenvolvimento da criança e do que é próprio de cada idade”¹¹⁹⁴ – é uma qualidade essencial de uma *boa mãe*, pois só desta forma ela pode assegurar que as necessidades da criança são convenientemente satisfeitas.

*Descubra tudo o que o seu filho é capaz de fazer em cada etapa de desenvolvimento*¹¹⁹⁵ - Conhecer as diferentes etapas do desenvolvimento permite que a mãe adeque a sua acção educativa ao nível em que a criança se encontra. Neste sentido vão ser divulgadas as diferentes etapas do desenvolvimento da criança ou, mais concretamente, das competências associadas a cada idade, acompanhadas muitas vezes da descrição de actividades que as mães podem realizar para promover a sua aquisição:

No primeiro mês

O bebé aprende que as suas necessidades são satisfeitas regularmente e que o seu mundo é um lugar seguro. Gosta de se sentir descontraído quando recebe massagens suaves e delicadas, após o banho, que lhe dão uma sensação de bem-estar e, simultaneamente, estimulam a percepção dos limites do próprio corpo.

1192 Pinheiro, A. (1998, Novembro). Empatia e auto-estima. *PAIS&Filhos*, 72.

1193 Anónimo (1996, Outubro). Fragmentos de um discurso amoroso. *Crescer*, 14-17.

1194 Anónimo (2002, Novembro). Incentive-o a ser independente. *Crescer*, 22-24.

1195 Anónimo (1994, Julho). O seu bebé: O maior espectáculo da casa. *Crescer*, 61-62.

Gosta igualmente de apreciar o sabor do leite, porque o paladar doce aumenta a salivacão, dando-lhe uma sensação agradável. Admirar as expressões faciais, também o atrai bastante. Por isso, os pais devem oferecer-lhe bonecos que tenham os olhos visíveis e as expressões faciais bem definidas, para que ele identifique o rosto humano.

(...)

No segundo mês

Mexer as pernas e os braços, assim como fixar o olhar, são as coisas que mais gosta de fazer. Nesta fase, pode adquirir um parque que tenha jogos coloridos com estímulos luminosos e sonoros, que o convidem a movimentar-se e a desenvolver o seu desejo de admirar e agarrar os objectos. Isto porque começa a controlar as mãos e a segurar os brinquedos durante alguns minutos.

Como também gosta de brincar com os dedos e levá-los à boca, leve as mãos dele a tocar no seu rosto, com o objectivo de estimular as experiências tácteis do bebé.

Embora existam várias referências às diferentes etapas do desenvolvimento e das competências que as crianças devem adquirir em determinada idade, as mães são constantemente alertadas para o facto das idades referidas dizerem respeito apenas a *parâmetros de normalidade* – “As regras descritas na literatura da especialidade deve ser encaradas apenas como parâmetros gerais de normalidade”¹¹⁹⁶ – não devendo ser encaradas de uma maneira rígida, assim como para a especificidade do desenvolvimento de cada criança – “Quando se trata de desenvolvimento infantil, o termo ‘normal’ é bastante relativo. Cada criança é única e desenvolve-se ao seu próprio ritmo”¹¹⁹⁷.

Mais concretamente, o ritmo de desenvolvimento assim como as características particulares de cada criança são dois aspectos a que as mães deverão estar especialmente atentas, se o seu objectivo é a satisfação das necessidades concretas do seu filho: “Todas as crianças têm a sua personalidade e particularidades especiais – aquilo que é bom para o Pedro, pode não ser, necessariamente, o melhor para o

1196 Anónimo (1997, Dezembro). Um explorador em cena. *Crescer*, 36-37.

1197 Anónimo (2005, Agosto). A altura ideal para criar hábitos. *Crescer*, 38-39.

Francisco”¹¹⁹⁸. Para tal deverão observá-las atentamente, dado que “as suas brincadeiras predilectas, as reacções perante os conflitos e a forma como se relaciona com as outras pessoas podem revelar-lhe muito mais sobre o desenvolvimento dele do que qualquer relatório ou opinião de terceiros”¹¹⁹⁹.

Uma das formas privilegiadas de observação da criança é através da actividade lúdica, embora esta não seja a sua principal função. Considerada a “actividade (o trabalho) da infância”¹²⁰⁰, é realçado o seu papel no desenvolvimento da imaginação, na organização do pensamento, assim como para na exteriorização de emoções.

III.4.3.3. Actividade lúdica

A actividade lúdica é considerada “um assunto sério para crianças de todas as idades. É a brincar que crescem e aprendem”¹²⁰¹, ou seja, que desenvolvem um conjunto de competências essenciais quer para o seu bem-estar presente, quer para o seu futuro, como aquelas que, a título de exemplo, a seguir se transcrevem:

Fingir permite à criança libertar sentimento negativos de uma forma aceitável. Se se “vestir” de professor, por exemplo, poderá dar ordens à irmã mais nova, algo que habitualmente os pais não lhe permitem;

As crianças com um mundo de fantasia rico têm tendência para ter um melhor poder de concentração, menos probabilidades de discutir com outras crianças e, regra geral, consideram a vida mais divertida.¹²⁰²

Dada a importância assumida pela actividade lúdica na vida da crianças, as mães devem não só preparar um meio conveniente à sua realização - “A sua tarefa é simples: dar espaço, físico e emocional, à espontaneidade e criatividade da criança, tendo em

1198 Anónimo (1994, Setembro). Actividades extra-escolares: Divertido... mas não demasiado cansado. *PAIS&Filhos*, 32-34.

1199 Anónimo (1997, Outubro). Mãe e bebé: Uma dupla inseparável. *Crescer*, 22-23.

1200 Marques, M. (1994, Maio). A idade para o faz-de-conta. *PAIS&Filhos*, 66.

1201 Esteves, A. (1998, Setembro). Brincar sozinho. *PAIS&Filhos*, 46-47.

1202 Anónimo (2000, Junho). Vamos brincar ao faz-de-conta. *Crescer*, 56-57.

conta que qualquer coisa pode ser um brinquedo, desde que não a magoe e não represente perigo”¹²⁰³ – mas também intervir directamente, fomentando a realização deste tipo de actividade:

Brinque com ele: ajude-o a montar os jogos, ensine-o a pintar, a conhecer as cores. Jogue à bola. Brinque aos "jantarinhos" com a sua filha. A sua acção é estimulante: ajuda a saber brincar, ajuda o raciocínio, a compreensão e permite um melhor desenvolvimento intelectual; além disso estabelece uma boa relação mãe (pai)/filho que fortalece os laços familiares aumentando o bem estar.¹²⁰⁴

Outro aspecto a que as mães devem dedicar especial atenção é a escolha dos brinquedos da criança. Esta deve ser realizada de acordo com critérios específicos que têm na sua origem a preocupação quer com o desenvolvimento cognitivo da criança, quer com a sua segurança.

No que diz respeito ao desenvolvimento cognitivo as mães devem procurar brinquedos “estimulantes e feitos a pensar no desenvolvimento infantil. Brinquedos macios, com diferentes texturas, que mudam de forma, que emitem sons, que exigem paciência e põem desafios são os melhores para o seu bebé”¹²⁰⁵.

Relativamente à segurança, esta deve ser um critério decisivo na escolha dos brinquedos, como é visível no excerto que a seguir se transcreve:

O brinquedo inofensivo pode rapidamente passar a arma, por isso, cabe a quem o adquire manter-se vigilante e atento. Verifique se na caixa do brinquedo existe o símbolo «CE», mas não pense que essa marca é garantia de que todas as normas são cumpridas. Teste o brinquedo na loja, verificando se é resistente, se os olhos dos ursos e bonecos não saem com facilidade, se não soltam pêlo, se as peças não são pequenas demais para a idade recomendada, etc.¹²⁰⁶

1203 Anónimo (1997, Outubro). A criança precisa de brincar para crescer e aparecer. *Crescer*, 64-65.

1204 Rodrigo, M. J. (1996, Maio). Faça do seu filho um adulto saudável. *Crescer*, 18-19.

1205 Anónimo (2005, Fevereiro). A importância dos primeiros brinquedos. *PAIS&Filhos*, 59.

1206 Henriques, M. C. (1999, Outubro). Os primeiros brinquedos. *PAIS&Filhos*, 38-40.

A actividade lúdica envolve, porém, mais do que o brincar com os pais ou sozinho, “não só normal como emocionalmente saudável”¹²⁰⁷, devendo a criança, a partir dos 2/3 anos, ser estimulada a brincar com os seus pares, uma vez que as brincadeiras com as outras crianças permitem que a criança comece a interiorizar as normas sociais, essenciais para a sua boa integração na sociedade a que pertence. Como explica a educadora Assunção Folque:

Quando a brincadeira envolve outras crianças, o desenrolar do jogo tem de ser muito bem negociado. Conseguir o controlo do jogo sem perder a companhia dos amigos, essencial para tomar o jogo mais interessante, é uma tarefa subtil em que algumas crianças são verdadeiros "experts". Numa situação em que cada um só está se quiser, esse jogo entre poder, submissão e sedução, requer uma grande habilidade. Esta actividade é, para as crianças desta idade, uma excelente aprendizagem social. Sem a intervenção do adulto, a capacidade de participar numa brincadeira de conjunto depende exclusivamente da própria criança e da sua capacidade para comunicar efectivamente com as outras crianças.¹²⁰⁸

Se a criança não se envolve neste tipo de brincadeiras, as mães devem procurar averiguar o que se passa, pois tal será indicador de algum problema no seu desenvolvimento, designadamente de uma timidez excessiva que deve, a bem da criança, ser combatida:

Se não tiver nenhum amigo, nem conseguir brincar com as outras crianças preferindo sempre estar sozinho, nessa altura convém perceber o que se passa, porque afinal, ninguém é feliz sem amigos.¹²⁰⁹

Neste contexto é realçado o contributo das amizades infantis para a formação do indivíduo. Para além da aprendizagem das normas sociais, já referida, as amizades contribuem para o desenvolvimento cognitivo das crianças: “As amizades são recursos

1207 Esteves, A. (1998, Setembro). Brincar sozinho. *PAIS&Filhos*, 46-47.

1208 Folque, A. (1995, Abril). «E agora tu eras o filho e eu era o pai». *PAIS&Filhos*, 70.

1209 Esteves, A. (1998, Setembro). Brincar sozinho. *PAIS&Filhos*, 46-47.

cognitivos que ajudam à resolução de problemas e à aquisição de conhecimentos. As crianças ensinam-se umas às outras e, geralmente, são bem sucedidas¹²¹⁰; funcionam como recursos emocionais: “os amigos dão, assim, às crianças a segurança necessária para se arriscarem em territórios desconhecidos, conhecerem pessoas novas e lidarem com os problemas”¹²¹¹ e servem de “balão de ensaio para futuras relações”¹²¹².

Elemento fundamental da vida da criança, a actividade lúdica também vai constituir uma base importante para a acção da educativa da mãe. Mais concretamente, a natural apetência da criança para a actividade lúdica, a que se junta um conjunto de competências, tais como a curiosidade acerca do mundo que a rodeia ou a capacidade de imaginação, são características naturais que devem ser aproveitadas para as mães na promoção do seu desenvolvimento cognitivo.

III.4.3.4. Desenvolvimento cognitivo

A percepção da inteligência como uma capacidade dinâmica, construída através da interacção com o meio, contribui para que se considere que o desenvolvimento do potencial de aprendizagem da criança depende não só das experiências que esta realiza, mas também da forma com a mãe age e interage com ela: “A evolução intelectual do seu filho é contínua, mas, mesmo assim, é preciso impulsionar directamente este desenvolvimento”¹²¹³.

A preocupação com o desenvolvimento cognitivo da criança é visível, por exemplo, no tipo de actividades que os autores incitam as mães a realizar com os seus filhos, tais como as idas a museus ou a exposições: *Gobissauros*¹²¹⁴, *Museu da Presidência da República*¹²¹⁵, *Pavilhão da Água*¹²¹⁶, *Museu do Brinquedo de Seia*¹²¹⁷, a

1210 Azedo, C. (2005, Agosto). Amigos de Verão. *PAIS&Filhos*, 63-66.

1211 *Ibid.*

1212 *Ibid.*

1213 Anónimo (2005, Agosto). Desperte-lhe a veia artística. *Crescer*, 53.

1214 Lamúrias, P. (2004, Maio). Gobissauros. *PAIS&Filhos*, 114-115.

1215 Lamúrias, P. (2005, Março). Museu da Presidência da República. *PAIS&Filhos*, 100-101.

1216 Godinho, J. (2005, Fevereiro). Pavilhão da água. *PAIS&Filhos*, 78-79.

1217 Anónimo (2005, Junho). Deixe-os fazer tudo o que gostam! *Crescer*, 60-62.

concertos ou a teatros: “O museu, a exposição, o teatro, os concertos, são locais onde os seus filhos podem e devem ir”¹²¹⁸; assim como na descrição das actividades que a mãe pode realizar ou garantir que a criança realize, de forma a estimular determinadas competências cognitivas, como aquelas que em seguida se descrevem:

- O desenvolvimento motor tem o seu período áureo até aos cinco anos idade. Está, portanto, aberta a temporada das corridas e das construções com blocos.
- O controlo emocional, a visão e a socialização têm o seu desenvolvimento favorecido até aos dois anos de idade. Por isso, insista em brincadeiras do tipo: "onde está?-está aqui!".
- As habilidades linguísticas devem ser estimuladas, principalmente, até aos três anos. É a altura ideal para contar muitas historinhas.
- O raciocínio lógico e matemático, assim como a aprendizagem de uma segunda língua, devem ser fomentados a partir do primeiro aniversário e até aos nove anos. Brincadeiras em cursos de línguas e até a simples divisão do bolo de aniversário, são bons treinos nesta fase.
- A musicalidade tem a sua melhor fase no período compreendido entre os três e os nove anos de idade. Invista em instrumentos musicais e se possível em aulas de educação musical.¹²¹⁹

Para além destas actividades são ainda sugeridas, nas revistas analisadas, outro tipo de iniciativas - aulas de música, ateliers de expressão dramática, plástica ou dança, educação psico-motora, escolas de línguas – actividades organizadas por diversas instituições para as crianças em idade pré-escolar e que exigem da parte das mães não só um investimento em termos de tempo, mas também económico.

Gostaríamos ainda de realçar que esta preocupação com o desenvolvimento cognitivo estende-se a todos os domínios do quotidiano. Cozinhar com as crianças é uma forma de as ensinar “a noção de tamanho das coisas, de quantidade e de precisão de medição”¹²²⁰, no banho ensinam-se as diferentes partes do corpo: “Aproveite o banho

1218 Machado, M. J. (1999, Fevereiro). Levá-las ou não? *PAIS&Filhos*, 74.

1219 Anónimo (1997, Dezembro). As maravilhosas mentes dos bebés. *Crescer*, 24-26.

1220 Clark, L. (1995,Dezembro). Aprender a contar, na cozinha! *PAIS&Filhos*, 34-35.

para algumas brincadeiras e ensine-lhe as zonas do corpo”¹²²¹; as visitas ao jardim zoológico servem para “lhes contar algumas curiosidades sobre cada espécie, por exemplo, qual o habitat natural ou como se alimenta”¹²²², uma ida ao teatro contribui para a sua educação ambiental: “Assista com seus filhos à ‘Arca dos Tesouros das Histórias para (A)Mar’, um enredo educativo, no âmbito da educação ambiental e patrimonial”¹²²³ e a brincadeira para auxiliar o seu desenvolvimento intelectual.

A invasão do didáctico que se verifica no quotidiano das crianças poderá estar relacionada com a concepção dos primeiros anos de vida como uma fase essencial para o desenvolvimento cognitivo, como uma oportunidade que, ao não ser aproveitada, estará comprometida para sempre: “Um outro estudo mostra que a nossa capacidade de raciocínio já está formada, em cerca de 50 por cento, antes dos quatro anos. E o que isso representa em termos de inteligência vai depender directamente dos estímulos recebidos desde os primeiros meses de vida”¹²²⁴.

Esta preocupação pode assumir por parte das mães um carácter excessivo, sendo este considerado um dos problemas que afecta as crianças dos nossos dias. Estas são muitas vezes, na opinião dos autores, sujeitas a uma *superstimulação*, sendo uma das facetas o excesso de actividades que, por vezes, proporcionam aos seus filhos:

Hoje em dia as mães e os pais perderam a noção das proporções e desataram a inscrever os seus filhos em tudo quanto há. Natação à segunda, inglês à terça, judo à quarta, computadores à quinta, música à sexta e teatro ao sábado parece uma descrição de anedota mas, em muitos casos, está aquém da realidade.¹²²⁵

Tal também poderá estar relacionado com a preocupação com o futuro dos filhos, face a um mundo de trabalho cada vez mais competitivo, o que conduz as mães a acreditarem que a frequência de diferentes tipos de actividades permite o desenvolvimento de competências diversificadas, ou seja, “a construção de diferentes

1221 Anónimo (2005, Fevereiro). Dedique-lhe mais tempo de qualidade. *Crescer*, 21.

1222 Anónimo (2005, Agosto). Leve-os a conhecer os animais. *Crescer*, 71.

1223 Anónimo (2005, Junho). Deixe-os fazer tudo o que gostam! *Crescer*, 60-62.

1224 Anónimo (1997, Dezembro). As maravilhosas mentes dos bebés. *Crescer*, 24-26.

1225 Alves, L. (1998, Novembro). Filhos a tiracolo. *PAIS&Filhos*, 28-31.

perfis, que facultem melhor adaptação e possibilidade de escolha no futuro”¹²²⁶.

Contudo, embora defendam a importância da estimulação da inteligência das crianças, os autores vão alertar as mães para a necessidade de neste, como em quase todos os aspectos da criação e educação da criança, ser necessário, acima de tudo, bom senso: “O segredo, portanto, é aliar bom senso e sensibilidade para evitar que a estimulação bem-intencionada acabe por se transformar numa fonte de irritação”¹²²⁷.

Mais concretamente, a frequência das actividades deve ser gerida tendo em conta as preferências das crianças e a sua idade e sobretudo, não as ocupando em excesso, para que tenham tempo para brincar: “nunca se esqueça de lhe deixar um tempo para a brincadeira que, afinal de contas, é tão importante para os miúdos como o açúcar para os bolos”¹²²⁸.

A estimulação do desenvolvimento cognitivo não é porém a única função da mãe, no que diz respeito à realização de aprendizagens e à aquisição de competências pela criança. A constatação da existência de uma relação entre bem-estar emocional e aprendizagem tem como consequência a atribuição de uma maior responsabilidade à mãe, designadamente no que diz respeito à qualidade da relação que estabelece com a criança.

*Todas têm energia para aprender, explorar e crescer, desde que lhes seja proporcionado um ambiente seguro, acolhedor e favorável ao acontecimento de actividades variadas*¹²²⁹ - A percepção da inteligência não como uma competência única, mas sim com diversas componentes, origina a valorização do papel dos afectos na sua construção. Como explica a psicóloga Albertine Santos: “a inteligência deixou de ser compreendida como uma faculdade única – os seres humanos apresentam formas muito diversas de inteligência – e a sua estreita ligação com o desenvolvimento afectivo torna-se cada vez mais evidente”¹²³⁰.

1226 Anónimo (1994, Setembro). Actividades extra-escolares: Divertido... mas não demasiado cansado. *PAIS&Filhos*, 32-34.

1227 Anónimo (1997, Dezembro). As maravilhosas mentes dos bebés. *Crescer*, 24-26.

1228 Anónimo (1994, Setembro). Actividades extra-escolares: Divertido... mas não demasiado cansado. *PAIS&Filhos*, 32-34.

1229 Anónimo (2005, Abril). Tão pequenino e já sabe o que quer! *Crescer*, 32-34.

1230 Santos, A. (1997, Outubro). Aprender a falar. *PAIS&Filhos*, 70.

Esta ligação é particularmente realçada quando o tema é a linguagem, manifestação por excelência do pensamento. Este é um aspecto alvo de atenção por parte dos autores, sendo as mães aconselhadas a estimular as crianças para que adquiram as competências linguísticas próprias de cada idade.

Esta estimulação inicia-se desde muito cedo, uma vez que os sons emitidos pelo bebé são entendidos como uma pré-linguagem, que se transformará progressivamente em linguagem através da interacção que estabelece com a mãe:

Sabe-se hoje que a organização da linguagem infantil tem raízes nas primeiras relações. Os sons que o bebé emite de início não são propriamente mensagens mas a mãe interpreta, entende e valoriza o que a criança «diz», conforme a sua sensibilidade, o seu estado de espírito, a sua cultura. Começa assim uma relação em que há encontros e desencontros, e, gradualmente, elabora-se um código comum, inteligível para ambos, que a mãe traduz em palavras da sua cultura.¹²³¹

É, assim, salientada a importância do afecto – “para que uma criança fale normalmente, é necessário que viva rodeada de afecto e de compreensão”¹²³² – assim como a necessidade que, desde muito cedo, as mães falem com os seus filhos:

O discurso dos adultos é fundamental porque é a matéria-prima para que a criança consiga desenvolver a sua linguagem. Os pais são os principais agentes facilitadores deste processo e por isso devem falar muito com os filhos.¹²³³

A partir do momento em que a criança começa, de facto, a falar, a principal preocupação da mãe deve ser o desenvolvimento das suas competências linguísticas. Para além de conversar, principalmente, escutar a criança e dar-lhe resposta – “Assim que o seu filho começar a dizer as primeiras palavras, como é normal nesta idade, responda-lhe atentamente e com grande entusiasmo”¹²³⁴ -, a mãe deve ter ainda a preocupação de enriquecer o seu vocabulário e certificar-se de que a criança utiliza

1231 Santos, A. (1997, Outubro). Aprender a falar. *PAIS&Filhos*, 70.

1232 Henriques, M. C. (1999, Junho). As primeiras palavras. *PAIS&Filhos*, 24-26.

1233 Esteves, A. (1997, Agosto). Falar paiês. *PAIS&Filhos*, 18-20.

1234 Anónimo (1998, Novembro). Falar paiês - Como estimular os bebés. *PAIS&Filhos*, 24.

correctamente esta nova ferramenta:

Com um ano de idade, sempre que acha que seu filho aprendeu uma palavra nova, ensine-lhe um sinónimo para que seu vocabulário (externo e interno) se enriqueça. Aos dois, exija que ele não fale como bebé ajude-o a pronunciar claramente e pausadamente cada palavra; use frases completas e espere que ele o faça também, empregue adjectivos e faça versos para brincar.¹²³⁵

O desenvolvimento da linguagem permite ainda que se manifeste uma das características naturais da criança, a sua curiosidade, através das questões que coloca aos adultos: “Assim que uma criança começa a falar, quer logo aprender tudo sobre o mundo que a rodeia e a maneira mais rápida que conhece para fazer essa descoberta é, sem dúvida, fazendo perguntas”¹²³⁶.

A curiosidade das crianças constitui uma excelente oportunidade para estimular o desenvolvimento cognitivo, razão pela qual as mães nunca devem ignorar as questões colocadas pelos seus filhos.

*A curiosidade natural da criança é um sinal de inteligência e deve ser estimulada*¹²³⁷ - Existente desde o nascimento, a curiosidade conduz a criança, numa fase em que ainda não comunica através da linguagem, a interessar-se pelos objectos e pelas pessoas que a rodeiam: “Desde o primeiro dia de vida, a criança demonstra curiosidade pelas coisas que lhe provocam sensações, como um brinquedo com cores vivas ou que emite sons”¹²³⁸. Mais tarde, já capaz de comunicar através da fala, essa curiosidade vai manifestar-se nas interrogações que a criança faz acerca da realidade, nas perguntas características da idade dos “porquês”, que se vão complexificando à medida que a criança cresce: “A lista de perguntas começa a crescer à medida que os conhecimentos aumentam e a curiosidade se torna mais forte - «Onde é o Japão?», «O que quer dizer impostos?». As «perguntas difíceis», por exemplo «O que acontece

1235 Marques, M. (1994, Março). A experiência da (fala) voz. *PAIS&Filhos*, 63.

1236 Smith-Squire, A. (1996, Janeiro). As perguntas que eles fazem!! *PAIS&Filhos*, 48-51.

1237 Anónimo (1994, Maio). Por que é que o seu filho pergunta "porquê"? *Crescer*, 71.

1238 Anónimo (2005, Fevereiro). Ideias para brincar. *Crescer*, 20.

quando morremos?»), surgem por esta altura [a partir dos 5 anos]”¹²³⁹.

As perguntas colocadas pelas crianças não devem ser ignoradas, uma vez que cada resposta representa “um passo em frente no seu desenvolvimento”¹²⁴⁰. No caso de não de não ter resposta a mãe não deve ignorar a questão, mas sim tentar encontrá-la: “Se não souber a resposta, diga-lhe que vai tentar saber. Deixe-o sempre com a certeza de que as perguntas dele são muito importantes e que o desejo de saber mais não incomoda as outras pessoas”¹²⁴¹. As respostas devem ainda ser adequadas ao nível de desenvolvimento da criança, sendo as mães aconselhadas a “ter em atenção a sua idade e grau de compreensão antes de responder”¹²⁴².

Outro elemento essencial do desenvolvimento cognitivo, e alvo de bastante atenção pelos autores, é a questão da promoção do gosto pela leitura e, conseqüentemente, da literacia, que as mães são aconselhadas a desenvolver desde o primeiro ano de vida dos filhos, contando-lhes histórias, sendo o momento privilegiado a hora de deitar:

A literacia adquire-se desde que nascemos e vai-se desenvolvendo ao longo de toda a nossa vida. A questão já não se coloca pois na chamada alfabetização mas sim na forma como utilizamos os sinais escritos como forma de comunicar e de nos permitir uma vida melhor. Nesse sentido, penso que ninguém pode ficar indiferente aos factos e pensar «não é comigo!». É com todos nós! E é também com a forma como nos fomos relacionando com as mensagens escritas desde que éramos pequenos.

No passado mês de Dezembro a Dr^a Albertine Santos falou na secção do 1 aos 3 anos, na importância do contacto com os livros desde as idades mais pequenas. É agora a vez de apelar aos pais para que leiam histórias também aos seus filhos dos 3 aos 5 anos.¹²⁴³

Apesar de essencial para o futuro da criança, a promoção do seu

1239 Smith-Squire, A. (1996, Janeiro). As perguntas que eles fazem!! *PAIS&Filhos*, 48-51.

1240 Carmo, S. (1999, Outubro). A idade dos porquês. *PAIS&Filhos*, 60-62.

1241 Anónimo (1994, Maio). Por que é que o seu filho pergunta "porquê"? *Crescer*, 71.

1242 Smith-Squire, A. (1996, Janeiro). As perguntas que eles fazem!! *PAIS&Filhos*, 48-51.

1243 Folque, A. (1996, Janeiro). «Queres ouvir? Eu conto...». *PAIS&Filhos*, 66.

desenvolvimento cognitivo não é a única função educativa atribuída às mães. Mais concretamente, o seu desenvolvimento emocional também deve ser alvo de especial atenção.

III.4.3.5. Desenvolvimento emocional

Uma das formas de assegurar que as crianças têm um desenvolvimento emocional equilibrado é através da disponibilidade. Mais concretamente, as mães devem assegurar-se de que o tempo que passam com o seu filho, reduzido uma vez que a maioria das mulheres trabalha fora de casa, é um tempo de qualidade, em que a mãe se disponibiliza, não só fisicamente, mas também emocionalmente, para estar com a criança:

Muito importante é aquele "cantinho" do dia em que você ouve todas as queixas e novidades que o seu filho tem para contar. É fundamental que ele sinta que a família dá importância aos seus problemas e tenta, em conjunto, resolvê-los. Por isso, nunca relegue para mais tarde a narrativa do dia-a-dia do seu pequeno. Aproveite esses momentos para estreitar os laços que a unem ao seu rebento.¹²⁴⁴

Outra questão constantemente referida, neste contexto, é a importância do toque - "o calor humano e o tacto dão às crianças um prazer do qual muitos esqueceram"¹²⁴⁵ - forma privilegiada de transmissão de afecto. Este contribui para que a criança se sinta amada e, conseqüentemente, para um melhor desenvolvimento emocional:

as crianças que crescem com escassez de contacto físico, por parte dos pais ou dos familiares, apresentam dificuldades no seu desenvolvimento e a sua personalidade apresenta algumas características como insegurança, inibição, maior necessidade de contacto corporal e tendência para se sentirem sós e

1244 Anónimo (1998, Maio). 365 dias da mãe. *Crescer*, 38-40.

1245 Anónimo (1998, Novembro). Faça o seu filho feliz com coisas simples. *Crescer*, 26-27.

abandonadas.¹²⁴⁶

A importância concedida à componente afectiva na educação tem subjacente a ideia de que para crescer a criança necessita de se sentir única, especial, pois só assim desenvolverá sentimentos como a segurança e a auto-estima, essenciais para o seu bem-estar pessoal e facilitadores da sua integração na sociedade:

O processo de maturação afectiva de uma criança é, em grande parte, obra dos pais. (...) Se houver dificuldades em transmitir afecto e segurança, a criança vai compreender essas limitações e integrá-las na sua personalidade em formação. Pode fixar-se num estágio emocional mais inicial e abordar os conflitos das fases seguintes com a maturidade afectiva do período anterior. Esta situação pode abrir caminho a alguns problemas: comportamentos anti-sociais, perturbações do carácter, agressividade. Tudo isto põe em relevo a importância de um bom ambiente emocional que deve rodear a criança. Só o afecto transmite segurança.¹²⁴⁷

O afecto e o sentimento de segurança transmitidos pela mãe são essenciais para o desenvolvimento de uma auto-estima positiva na criança, sentimento essencial para a sua felicidade, para a sua integração social e também para o seu sucesso profissional enquanto adulto:

Se repararmos, as pessoas que mais respeitam os outros, que encaram os seus erros como oportunidades de aprendizagem e que voltam a tentar ultrapassando o medo do fracasso, são aquelas que mais seguras estão de si próprias, cujo amor-próprio é suficiente para ultrapassarem o medo da rejeição e que, por isso mesmo, vão mais longe.¹²⁴⁸

*10 truques para... promover a auto-estima*¹²⁴⁹ - Dada a sua importância, as mães devem quotidianamente estimular positivamente a auto-estima das crianças: “Trabalhar

1246 Anónimo (2001, Outubro). Descubra os benefícios da ternura. *Crescer*, 44-45.

1247 Anónimo (2005, Agosto). A importância de um bom ambiente emocional. *PAIS&Filhos*, 88.

1248 Gomes, L. (2003, Abril). Quem me ensina a ser feliz? *PAIS&Filhos*, 74-75.

1249 Esteves, A (1998, Setembro). 10 truques para... promover a auto-estima. *PAIS&Filhos*, 81.

de uma forma positiva e eficaz a auto-estima dos nossos filhos é uma tarefa que nunca acaba. Alguém disse tratar-se de um ‘músculo’ e que, como tal, seria preciso exercitá-la diariamente para a tornar consistente e duradoura”¹²⁵⁰.

Para tal deverão: elogiar os seus filhos, incidindo especialmente sobre os pontos em que as crianças apresentam mais dificuldades – “Se o seu filho tem dificuldades em aprender a vestir-se, por exemplo, felicite-o por ter conseguido calçar uma meia sozinho, mesmo que para a outra tenha precisado da sua ajuda”¹²⁵¹ -; evitar a crítica e a censura, assim como as comparações com outras crianças; valorizar mais os aspectos positivos do que os negativos, no que diz respeito ao comportamento da criança: “Seja tolerante e paciente e não dê mais importância aos erros do que às coisas positivas, caso contrário o seu filho vai crescer a pensar que não é capaz de fazer nada com valor”¹²⁵²; aprender a ouvir os filhos, valorizando as suas ideias e os seus sentimentos: “Deixe o seu filho falar e, sobretudo, ouça-o. Dê-lhe tempo de antena e peça-lhe opiniões. Não faça troça quando ele fala a sério e encoraje-o a pensar e a conversar sobre todos os assuntos”¹²⁵³.

Contudo, mesmo que o afecto seja garantido, existe um conjunto de situações que podem perturbar o desenvolvimento emocional da criança, sendo o nascimento de um irmão aquela que é alvo de uma maior atenção por parte dos autores.

*Ser destronado de um lugar privilegiado no pódio da família não é um processo pacífico e só os irmãos mais novos e os filhos únicos não passam por ele*¹²⁵⁴ - A dificuldade em aceitar a chegada de um irmão, em partilhar o amor dos pais, é considerada um sentimento natural, inevitável: “São raros os casos em que a chegada de um bebé deixa um irmão ou uma irmã mais velhos completamente indiferentes, como se não sentissem o seu espaço invadido”¹²⁵⁵.

De forma a atenuar este sentimento a mãe deve preparar convenientemente o seu filho para esta modificação na estrutura familiar e, após o nascimento do bebé, a rodear

1250 Castro, A. V. (2005, Junho). E se não gostarem de mim? *PAIS&Filhos*, 99-101.

1251 Esteves, A. (1998, Setembro). 10 truques para... promover a auto-estima. *PAIS&Filhos*, 81.

1252 *Ibid.*

1253 Esteves, A. (1998, Setembro). 10 truques para... promover a auto-estima. *PAIS&Filhos*, 81.

1254 Esteves, A. (2003, Outubro). O primogénito, o irmão sanduíche e o eterno bebé. *PAIS&Filhos*, 46-52.

1255 Baptista, I. B. (1998, Março). De mãe galinha a mãe descontráida. *PAIS&Filhos*, 20-21.

a criança mais velha de atenções, para que esta continue a sentir-se amada: “É muito importante que o mais velho tenha a certeza de que a mãe ainda gosta muito dele e que continua a ser sempre muito especial”¹²⁵⁶.

A mãe é ainda aconselhada sobre o intervalo de idade ideal entre os filhos, factor essencial na redução dos efeitos negativos que a chegada de um irmão pode causar:

Lá diz o Dr. Brazelton que não há melhor altura para ter o segundo filho do que quando o primeiro tem à volta de quatro anos. Eu estou com sorte: o Francisco já terá quatro anos quando nascer o bebé. Mas isso é importante porquê?

Se bem me lembro, o pediatra americano acha que nessa fase os primeiros filhos podem já não estar tão ligados à mãe. Mais. Já têm uma boa idade para que lhes atribuamos pequenas tarefas na lida doméstica do bebé. Assim, sentir-se-ão responsáveis por ele, quase tanto como nós. E vão também sentir-se crescidos e importantes por já «saberem» tratar de um bebé.¹²⁵⁷

Outro aspecto essencial da acção educativa da mãe, para além da atenção concedida ao desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, diz respeito à educação moral, ou seja, à transmissão de valores e à introdução de regras e limites.

III.4.3.6. Educação moral

Uma das principais funções educativas atribuídas à família, na qual as mães desempenham um papel fundamental, é a transmissão de valores. Neste contexto é dado especial realce à importância de inculcar o sentido de responsabilidade, as boas maneiras, assim como sentimentos de tolerância, de respeito pela diversidade:

quando o seu filho for suficientemente crescido, por volta dos dois ou três anos,

1256 Sullivan, K. (1995, Outubro). Os rivais. *PAIS&Filhos*, 49-52.

1257 Rosendo, G. (1994, Maio). Um novo bebé em casa. *PAIS&Filhos*, 64.

compre-lhe livros com fotografias de crianças de todo o Mundo e faça-o ver como os meninos gostam das mesmas brincadeiras, apesar de serem diferentes. Assim ele aprenderá a tolerância.¹²⁵⁸

No que diz respeito aos sentimentos de solidariedade e ao sentido de responsabilidade os autores consideram a participação nas tarefas domésticas como uma actividade privilegiada para o seu desenvolvimento:

Pôr a mesa, fazer a cama, separar o lixo, passear o cão, tirar a roupa da máquina, ajudar a lavar o carro, ir às compras... Pequenas tarefas nas quais as crianças podem e devem participar, não apenas em nome da interajuda familiar e do bem estar comum, mas também para que, desde cedo, percebam, interiorizem e dêem valor ao princípio da responsabilidade.¹²⁵⁹

Embora este nem sempre seja um trabalho fácil, já que exige da parte da mãe muita “firmeza e persistência, no sentido de os habituar a cumprir os afazeres de que estão incumbidos”¹²⁶⁰, deve ser encarado como um “investimento para o futuro”¹²⁶¹, uma forma de promover o desenvolvimento social da criança: “Educar na responsabilidade é o ponto de partida para a maturidade”¹²⁶².

No que se refere às boas maneiras estas podem ser aprendidas de uma forma indirecta, quando a criança participa em brincadeiras colectivas: “Brincadeiras com outras crianças são óptimas oportunidades para você ensinar o seu filho a ser amável e solidário”¹²⁶³; do seu ensino directo; ou através do exemplo: “as crianças aprendem sem dificuldade e com gosto a ter boas maneiras quando são tratadas educada e afectuosamente pelos adultos que cuidam delas pois estes oferecem-lhes modelos civilizados de relação com os outros”¹²⁶⁴.

A aquisição dos valores anteriormente referidos, assim como as normas de

1258 Anónimo (2001, Outubro). Ensine-o a ser tolerante. *Crescer*, 55.

1259 Baptista, I. B. (2005, Janeiro). Pequenos ajudantes. *PAIS&Filhos*, 51-57.

1260 Anónimo (2005, Abril). Distribua as tarefas com os mais novos. *Crescer*, 72-73.

1261 Baptista, I. B. (2005, Janeiro). Pequenos ajudantes. *PAIS&Filhos*, 51-57.

1262 Anónimo (2005, Abril). Distribua as tarefas com os mais novos. *Crescer*, 72-73.

1263 Anónimo (1994, Julho). Ensine a criança a ser amável. *Crescer*, 67.

1264 Santos, A. (1999, Junho). Tenha maneiras! *PAIS&Filhos*, 80.

comportamento em sociedade, embora essenciais, não garantem, por si só, a integração social do indivíduo. Para tal a criança deverá “interiorizar uma postura socialmente correcta”¹²⁶⁵, aprendendo a “controlar as próprias necessidades”¹²⁶⁶ e os seus impulsos, ou seja, desenvolvendo o auto-controlo.

Tal será conseguido através da imposição de regras e limites, ou seja, através da disciplina, que preparará a criança para aceitar e respeitar as normas sociais. Como explica a pediatra Maria João Rodrigo: “É de pequeno que se aprende a ser disciplinado e a ter modos de vida que se adaptem à nossa sociedade”¹²⁶⁷.

A disciplina assume especial importância a partir do segundo ano de vida, período do *negativismo*, etapa normal do desenvolvimento, que se prolonga até cerca dos 4 anos. Esta é uma fase em que a criança procura exercitar a sua crescente autonomia, que se caracteriza pela marcação de posição face aos adultos, ou seja, pela defesa dos “seus desejos e vontades até às últimas consequências, muitas vezes contrariando a opinião dos pais”¹²⁶⁸.

Se é próprio das crianças desafiar regras e tentar impor a sua vontade, a função das mães consiste em “educá-las, estabelecer-lhes limites”¹²⁶⁹: “Desde cedo, as crianças necessitam que os pais estipulem regras para que elas tenham consciência dos seus limites e interiorizem uma postura socialmente correcta”¹²⁷⁰.

Contudo, esta nem sempre se revela uma tarefa fácil, como testemunham as mães nas cartas que escrevem para as revistas, descrevendo as suas experiências e solicitando ajuda:

chego à triste conclusão que não sei lidar com o meu filho, que não estou a ser capaz de dar a volta à situação. Passo o dia à espera do tempo que vou estar com ele (apenas cerca de 4h diárias) e, durante esse tempo, estou quase sempre a ralar, a tentar impor limites e a tentar manter-me calma (o que é inútil, pois

1265 Rosa, A. (2005, Abril). Castigos: sim ou não? *Crescer*, 62-63.

1266 Anónimo (2005, Junho). Ponha fim às birras. *Crescer*, 44-46.

1267 Rodrigo, M. J. (1998, Novembro). Crescer responde: Pediatra. *Crescer*, 70.

1268 Anónimo (1994, Novembro). O direito de fazer as próprias escolhas. *Crescer*, 62.

1269 Anónimo (1999, Fevereiro). Use e abuse da paciência: Contorne a teimosia do seu “pequeno ditador”. *Crescer*, 32-34.

1270 Rosa, A. (2005, Abril). Castigos: sim ou não? *Crescer*, 62-63.

só quando já estou à beira da ruptura é que ele se acalma), não conseguindo que haja melhoras no seu comportamento. (...) os dias estão a tornar-se extenuantes e tenho de admitir que quase começo a ter medo de chegar ao pé dele. Nem sempre é fácil manter a postura, transmitir a ordem de forma calma e segura, sem deixar transparecer todo o nervosismo que sinto e que ele sente que eu sinto.¹²⁷¹

*O ideal é que a criança se consiga equilibrar entre os dois pólos fulcrais da sua educação: autoridade e liberdade*¹²⁷² - Um dos principais problemas que parece afectar as crianças é a excessiva permissividade dos pais, responsável pela criação de *pequenos tiranos*, crianças habituadas a tudo ter, mas nem por isso mais felizes:

Crescem a pensar que tudo lhes é devido: que basta pedir para ter, que é suficiente exigir para fazer. Estes “pequenos tiranos” aumentam de tamanho sem conhecer o sentido da palavra “não”. Sem saber o que é cumprir regras, sem experimentar a “boa frustração” nem “ginasticiar” a capacidade de espera. Poderia pensar-se que, pelo menos, cresceriam felizes. Mas nem isso. Cada vez mais frequentemente, chegam às consultas pedopsiquiatria crianças com alterações do comportamento relacionadas com a onnipotência infantil.¹²⁷³

Este é apresentado como um dos principais problemas educativos que afectam as crianças. Segundo os autores, os nossos tempos caracterizam-se pela existência do que designam de *crise de autoridade*, cuja origem reside nos sentimentos de culpa ocasionados pela falta de tempo e de disponibilidade das mães para os seus filhos, resultado da entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho. Como explica a professora Elsa de Barros, num artigo sugestivamente intitulado *Os pais devem estar loucos*:

Essa crise pode ter muitas causas, mas, mais coisa menos coisa, tem sempre os mesmos efeitos. À cabeça das causas apontadas vem sempre a tão falada falta

1271 A., C. (2004, Julho). Que difícil! [Carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 10.

1272 Anónimo (2005, Fevereiro). A família ideal. *PAIS&Filhos*, 72.

1273 Barros, E. (2004, Março). Onnipotência infantil: Quero, posso e mando! *PAIS&Filhos*, 85-88.

de tempo. Os pais têm pouco tempo para estar com os filhos e sentem-se culpabilizados por isso. Então, procuram compensá-los enchendo-os de mimos e brinquedos. Dizem-lhes a tudo que sim e desculpam-lhes birras e más criações.¹²⁷⁴

Considerada cada vez mais frequente, a excessiva permissividade com que são criadas algumas crianças começa a assumir, no discurso dos autores, uma dimensão não só individual, mas também social. Como escreve o pediatra Mário Cordeiro: “que sociedade será de esperar se a cultura infantil se resume cada vez mais ao ‘posso, quero e mando’?”¹²⁷⁵

É com o objectivo de contribuir para a solução deste problema que os autores vão divulgar um conjunto de *conselhos práticos* para ajudar os pais a disciplinar as crianças de uma forma adequada.

*Regras para cumprir*¹²⁷⁶ - A formulação das regras, elemento essencial de qualquer processo de disciplinarização, deve ser realizada pelos pais, que deverão explicar aos filhos que estas devem ser cumpridas para seu próprio benefício: “É importante passar à criança, desde cedo noções de que ela está a fazer disparates, especialmente se houver situações de perigo. Contudo, a descompostura não precisa de ser um escândalo histórico. Basta, pois, mudar o tom de voz, fazer um gesto de reprovação”¹²⁷⁷. Deverá ainda ser realizada em conjunto, pelo pai e pela mãe, de forma a “obrigar a criança a um comportamento igual perante ambos”¹²⁷⁸.

Outro aspecto salientado pelos autores diz respeito às sanções, isto é, ao que deve ser feito quando as crianças não cumprem as regras estabelecidas. Relativamente aos castigos, é realçada a necessidade de serem adequados à idade da criança, assim como à falta cometida, para que esta aprenda “a parar, a controlar as emoções, a reconhecer que aquilo que fez foi errado e a pensar em formas de evitar cometer de novo os mesmos erros”¹²⁷⁹, bem como para a necessidade de os fazer cumprir até ao

1274 Barros, E. (1995, Abril). Os pais devem estar loucos. *PAIS&Filhos*, 36-40.

1275 Cordeiro, M. (1996, Janeiro). A liga dos campeões e a segunda divisão B. *PAIS&Filhos*, 44-46.

1276 Anónimo (2001, Junho). Que tipo de pais são vocês? *Crescer*, 60-62.

1277 Anónimo (1996, Março). A partir de que idade o bebé... *Crescer*, 29-33.

1278 Anónimo (2001, Junho). Que tipo de pais são vocês? *Crescer*, 60-62.

1279 Barros, E. (2005, Abril). Castigos sim ou não? *PAIS&Filhos*, 69-72.

fim. Como explica o psicólogo Javier Urra, numa entrevista: “Não se pode dizer a uma criança que vai ficar sem ver televisão e, pouco tempo depois, dizer 'está bem, eu perdoo-te'. Os castigos têm que ter uma lógica. E afecto: 'Faço-o por teu bem'”¹²⁸⁰.

A punição física é, neste contexto, especialmente criticada. Percepcionada como um acto de cobardia, de exercício arbitrário de poder, os autores consideram que bater numa criança é um acto que tem consequências negativas no seu desenvolvimento psicológico. Como explica o pediatra Mário Cordeiro: “Esbofetear ou tocar na cara é uma autêntica devassa, em termos psicológicos. E, mesmo sem ser com força, dói. Cá dentro. Na alma. E só serve para criar desconfiança, desprezo e distanciamento”¹²⁸¹.

Para além de dever saber qual a forma correcta de actuar quando a criança se porta mal e de proceder em conformidade com ela, as mães devem ser capazes de evitar que este tipo de comportamentos ocorram ou, pelo menos, a diminuir a sua frequência, “minimizando, por exemplo, as situações de conflito”¹²⁸². Para tal deverão ser, sobretudo, pacientes, firmes e coerentes: “Se disser ‘não’ com firmeza e coerência o seu filho saberá, para toda a vida, que esse não quer dizer isso mesmo”¹²⁸³,

Em suma, a preocupação com o filho inicia-se pela escolha do momento ideal para o seu nascimento, que só deverá acontecer quando estiver reunido um conjunto de condições que garantam que os pais estão preparados para o receber. Planeada a gravidez e concebida a criança, a mãe deve preservar a sua saúde e, conseqüentemente, a do bebé que transporta, seguindo as recomendações do médico e submetendo-se a uma diversidade de exames que permitem detectar precocemente um vasto conjunto de problemas, muitos deles passíveis de solução.

Nascida a criança, a mãe deve ter procurar preservar a sua saúde, mas sobretudo a sua segurança, uma vez que os acidentes são uma das principais causas de mortalidade infantil. Deve ainda promover o seu desenvolvimento cognitivo, assegurar o seu harmonioso desenvolvimento emocional, favorecendo o desenvolvimento de uma auto-

1280 Amorim, M. J. (2007, Abril). Entrevista: Javier Urra - “As crianças têm direito a ser castigadas”. *PAIS&Filhos*, 66-72.

1281 Cordeiro, M. (2001, Dezembro). Coisas que fazem pele de galinha. *PAIS&Filhos*, 78-79.

1282 Anónimo (1997, Dezembro). Quando a teimosia impera. *Crescer*, 30-31.

1283 Esteves, A. (1995, Agosto). Droga: De pequeninos se torce o destino. *PAIS&Filhos*, 38-42.

estima positiva, e, por último, preparar a criança para a vida em sociedade, inculcindo-lhe valores como a tolerância e o respeito pelos outros e pela diversidade, o sentimento de responsabilidade e, principalmente disciplinado-a, de forma a que não se torne um *pequeno tirano*, um dos problemas das crianças actuais, consequência de uma educação demasiado permissiva.

Terminado o capítulo de apresentação dos resultados obtidos, referentes aos dois períodos de tempo analisados, 1º Período: 1945 a 1958 e 2º Período: 1994 a 2007, iremos proceder no próximo capítulo à sua discussão.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tal como anteriormente referido, na Introdução e no Capítulo II, este estudo tem os seguintes objectivos:

- Caracterização e análise do discurso veiculado nas *revistas de educação familiar* sobre as concepções e as práticas de maternidade, no período compreendido entre 1945 e 1958;
- Caracterização e análise do discurso veiculado nas *revistas de educação familiar* sobre as concepções e as práticas de maternidade, no período compreendido entre 1994 e 2007;
- Análise comparativa dos discursos veiculados nos dois períodos de tempo estudados.

Realizada, no capítulo III, a caracterização dos discursos, procederemos em seguida à sua análise. Gostaríamos ainda de acrescentar que cada um dos objectivos será discutido separadamente e o capítulo terminará com a análise comparativa entre os resultados obtidos nos dois períodos de tempo estudados.

IV.1. CONCEPÇÕES DE MATERNIDADE - 1º PERÍODO: 1945 a 1958

A criação e educação das crianças em idade pré-escolar é considerada, neste período, como uma das principais funções da mulher. Embora esta seja considerada uma responsabilidade *natural*, no sentido em que deriva da sua condição biológica, as mães parecem ser incapazes de a exercer, sendo classificadas pelos autores como ignorantes, negligentes, ou seja, como incapazes de criar e educar convenientemente os seus filhos. Tal constitui, como afirmam Arnup (1994) e M. M. Ferreira (2000), uma

forma de legitimar a intervenção dos peritos na regulação dos comportamentos maternos.

De facto, a enunciação dos erros cometidos pelas mães, constante ao longo dos textos analisados, independentemente do tema abordado e da classe social das mulheres, assim como das suas terríveis consequências, das quais a mais comum é a mortalidade infantil, como já havia identificado M. M. Ferreira (2000), constitui um pretexto para intervir junto das mulheres, para as persuadir de que sem o auxílio dos peritos, designadamente dos médicos, dificilmente conseguirão garantir a sobrevivência dos seus filhos. A atribuição do estatuto de ignorantes às mães contribui ainda para o que Rudolfsdottir (2000) designa de infantilização das mulheres, visível nos conselhos dados, em que se recomenda, por exemplo, que não se esqueçam de lavar bem as orelhas dos seus filhos ou de não lhes vestir roupa que não esteja completamente seca.

É neste contexto que emergem um conjunto de iniciativas de educação para maternidade, divulgadas nas revistas analisadas, tais como os cursos para mães; os programas radiofónicos e, mais tarde, os televisivos; as conferências e as visitas domiciliárias, no seio das instituições de assistência à maternidade e à infância. Diferentes na forma possuem, porém, um objectivo comum, a normalização das condutas maternas, através do rompimento com as práticas tradicionais de criação e educação das crianças, transmitidas de mulher para mulher. Gostaríamos ainda de acrescentar que este tipo de iniciativas surge por todo o mundo ocidental, como documentam diversos estudos sobre a educação para a maternidade (Apple, 2006; Arnup, 1994; Davis, 2008; Grant, 1998; Hardyment, 2008).

Tendo como argumento principal a preservação do bem-estar da criança, à qual está subjacente uma preocupação mais vasta com a qualidade da população portuguesa, o que se pretende é a generalização de um modelo de *boa mãe* a toda a sociedade do qual faz parte integrante, como afirmam vários autores (Apple, 2006; Arnup, 1994; Hays, 1996; Litt, 2000), a ideia de que o conhecimento científico deve estar na base de todos os comportamentos maternos. Contudo, embora a questão da mortalidade infantil constitua a principal preocupação dos autores, não é só sobre os cuidados com o corpo, elemento essencial na sua prevenção, que a sua atenção vai incidir.

A percepção da infância como um período decisivo para a configuração da vida futura, não só no que diz respeito à saúde física, mas também à saúde mental, aliada à constatação da incapacidade das mães para educarem convenientemente os seus filhos, as dos meios mais desfavorecidos porque não possuem conhecimentos para o fazer e as das classes mais favorecidas porque se demitem dessa função, são dois elementos que se conjugam no sentido de justificar a intervenção dos peritos não só no campo da criação, mas também na educação das crianças. Ferreira de Mira, António Costa ou Vítor Fontes, que se define a si próprio como um médico com formação psicológica e portanto capacitado para escrever sobre questões educativas, são exemplo de profissionais de saúde que escrevem artigos que têm como tema não a saúde física da criança, mas sim a sua saúde mental, o seu desenvolvimento emocional.

Podemos então afirmar que o modelo de *boa mãe*, patente nas revistas de educação maternal dos anos 50, é o de uma mãe *moderna*. Ou seja, é uma mãe que rompe com as fontes tradicionais de aconselhamento – família, vizinhas, comadres – e passa a agir de acordo com as normas modernas de criação e educação das crianças, com base em princípios oriundos do conhecimento científico, garantia de solução para todos os males que afligem a infância, cujos progressos são, como demonstram os nossos dados e como já havia referido Apple (2006), enfatizados nas revistas analisadas. É o caso, por exemplo, das referências à vacinação ou ao papel dos antibióticos, recentemente descobertos, apresentados como soluções milagrosas para um conjunto de doenças responsáveis, até aí, pela morte de muitas crianças.

Simultaneamente, a ideia de que a *boa mãe* deve adquirir um conjunto de conhecimentos, pressupondo portanto uma preparação prévia, permite a equiparação da maternidade a uma profissão, assistindo-se, desta forma, ao que vários autores (Apple, 2006; Ehrenreich & English, 1988; Hays, 1996; Hulbert, 2004; Thurer, 1995) designam de *profissionalização da maternidade*.

Numa época em que a maioria das mulheres é doméstica, este investimento na criação e educação das crianças, assim como a sua profissionalização, parece ser bem acolhido pelas mães que escrevem para as revistas. Classificando-se como ignorantes, ou seja, interiorizando o discurso produzido pelos autores, estas mulheres invocam o desejo de se educar, de aderir ao modelo de maternidade proposto, pedindo orientações

sobre como devem proceder ou solicitando indicações sobre as obras que devem ler para estar convenientemente informadas sobre a melhor forma de criar e educar os seus filhos.

Estas mães constituem, porém, uma minoria dentro da sociedade portuguesa do seu tempo, dado que grande parte das mulheres portuguesas dos anos 50 são analfabetas, não tendo por isso acesso a este tipo de recursos. Para essas mulheres existe um conjunto de instituições e dispositivos, tais como as conferências realizadas no seio das instituições de assistência e protecção à infância, também alvo de descrição nas *revistas de educação familiar*, cujo principal objectivo é a integração destas mães no modelo de maternidade dominante. Tal será realizado através da sua reeducação e da transformação das suas formas de agir, ligadas à tradição, pelas normas modernas de criação e educação das crianças, uniformizadas e padronizadas, processo que já foi documentado por diferentes autores, quer em Portugal, quer noutros países do mundo ocidental (Apple, 2006; Boltanski, 1977; Carneiro, 2008; Knibiehler, 2000; M. M. Ferreira, 2000).

A educação das mulheres das classes mais desfavorecidas é um dos objectivos da revista *Os Nossos Filhos*. Tal é visível na campanha intitulada *Minha senhora, ajude-nos!*, em que se procura cativar as suas leitoras, que se pressuponha *boas mães*, para o envolvimento na educação da mulher, apontando os maus exemplos ou intervindo directamente no caso de presenciarem algum comportamento incorrecto, indicando ao seu autor como deve proceder. Pretende-se, assim, como que formar um corpo de mães convenientemente habilitadas para intervir junto daquelas que com elas contactam, para denunciar as *más mães* e, se possível, *reeducá-las*. Este tipo de estratégia pode ser classificada como *maternalista* (Koven & Michael, 1993), no sentido em que não parte do Estado, mas sim de uma elite feminina, que em nome do bem estar da criança e da sociedade procura integrar as mulheres numa nova racionalidade, num novo modelo de maternidade.

Em todas estas iniciativas em prol da educação da mulher é, ainda, evidente a presença de um elemento de classe, visível na existência de estratégias e instituições diferenciadas de acordo com a posição social da mulher, o que nos leva a afirmar que apesar da ideia da importância da educação para a maternidade se estender a todas as

mães, a forma com esta se realiza está profundamente relacionada com a classe social a que pertencem. Enquanto que para as mulheres das classes mais desfavorecidas, a educação é realizada sobretudo no seio das instituições de assistência e protecção à infância, para as mulheres das classes mais favorecidas recorre-se a outras estratégias como a recomendação da leitura de livros ou a idealização de cursos para pais, de que são exemplo a *Escola de Pais*, criada por Vítor Fontes no Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, ou os cursos de preparação para o parto, da responsabilidade dos médicos Pedro Monjardino e Seabra Diniz, concebidos para as elites.

Gostaríamos ainda de acrescentar que tentando atingir todas as mulheres, ou seja, todas as mães, esta campanha de educação para a maternidade, de que as revistas são mais uma componente, insere-se numa lógica característica da modernidade organizada (Wagner, 1998), no sentido em que se tenta difundir e impor um modelo único, uniforme, cuja principal finalidade é a normalização dos comportamentos maternos. Esta campanha permite ainda atingir, como refere Rose (1999b), os comportamentos mais íntimos, ou seja, aqueles que são realizados na esfera privada, e que dizem respeito a uma faixa etária que, neste período, ainda não é abrangida pela escola, ou seja, que só é possível governar através das mães.

O desejo de uniformização é visível, por exemplo, nas críticas severas que são realizadas às mães cujas práticas não são conformes ao modelo dominante ou na forma normativa como são descritos os comportamentos que a mãe deve adoptar, sem qualquer referência à especificidade da situação em que ocorrem.

Porém, tal processo não é realizado pacificamente, sendo patente nos nossos dados alguns movimentos de resistência, como é o caso das dificuldades relatadas pelo Director do Dispensário de Higiene Infantil do Funchal, referidas no Capítulo III (p. 139), em convencer as mulheres a aderirem ao modelo proposto ou nas críticas frequentes ao recurso às vizinhas e às comadres, o que nos leva a presumir que esta seja uma prática ainda relativamente frequente.

Relativamente a este último aspecto gostaríamos de salientar que o facto de este ser um período caracterizado pela dificuldade de acesso aos médicos e aos cuidados de saúde, como é referido quer pelos autores, quer pelas mães que escrevem para as

revistas, designadamente para aquelas que vivem em meio rural, poderá ter contribuído para a permanência deste tipo de comportamento.

O recurso às fontes informais de aconselhamento, em detrimento da procura da informação disponibilizada pelos peritos, é também revelador da persistência, no que diz respeito à criação e educação das crianças, de um conjunto de práticas que poderíamos classificar como tradicionais e que os autores tentam combater, colocando as mães no caminho da modernidade, ou seja, da *razão*.

Para a persistência das práticas tradicionais de criação e educação das crianças também poderá ter contribuído a baixa taxa de alfabetização das mulheres portuguesas, designadamente daquelas que foram mães neste período, já que, na ausência do acesso directo aos peritos, este é um conhecimento que pode ser acedido através de materiais impressos, como as revistas que constituíram o nosso objecto de estudo ou os manuais de puericultura. À impossibilidade de acederem a estes materiais, acrescenta-se ainda o facto de estas mulheres não terem sido socializadas no respeito pelo conhecimento técnico, processo que, segundo Boltanski (1977) e Giddens (2005), se efectua sobretudo através da educação formal, ou seja, da escola.

Podemos então afirmar, no que diz respeito à forma como é entendida a maternidade e relativamente a este período em concreto, que coexistem concepções tradicionais e modernas, sendo que o que as elites procuram é o alargamento da concepção de *mãe moderna* a todas as mulheres, assim como das práticas a ela associadas, ou seja, a divulgação de uma *cultura da maternidade socialmente apropriada* (Hays, 1996).

Dessa cultura fazem parte um conjunto de regras que uma *boa mãe* deve seguir, aspecto que analisaremos em seguida, seguindo a mesma estrutura temporal utilizada na apresentação dos resultados.

IV.2. PRÁTICAS DE MATERNIDADE – 1º PERÍODO: 1945 a 1958

Proceder-se-á, em seguida, à discussão dos discursos veiculados nas revistas de educação familiar, referentes ao 1º Período: 1945-1958, acerca da geração, criação e educação das crianças em idade pré-escolar. De modo a analisar de uma forma mais detalhada os resultados obtidos, subdividir-se-á esta discussão em três grandes pontos, à semelhança do que foi realizado no Capítulo III. Assim, serão analisados em primeiro lugar os discursos acerca da geração, para passarmos, seguidamente, à análise dos discursos acerca da criação e, por último, da educação de crianças entre os 0 e os 6 anos de idade.

IV.2.1. Gerar

A responsabilização total da mãe pela criação e educação dos seus filhos, de que falam diferentes autores (Apple, 2006; Arnup, 1994; Grant, 1998; Hays, 2006; Knibiehler, 2000), está patente nos textos analisados, iniciando-se, inclusivamente, antes da concepção, pela escolha de um pai capaz de produzir filhos saudáveis de corpo e de espírito. Prost (1991) afirma, referindo-se à realidade francesa, que assim que é concebida a criança interessa ao Estado, ao que nós acrescentaríamos, com base nos resultados obtidos, que essa preocupação se inicia muito antes, incidindo especialmente sobre as mulheres. Mais concretamente, estas devem ser preparadas desde cedo para a maternidade, disciplinando o seu corpo e preservando a sua saúde, em função deste projecto futuro, considerado um elemento central das suas vidas.

É também de referir que esta preocupação com as questões relacionadas com a reprodução, inserem-se, tais como as questões relacionadas com a preservação da saúde da criança, antes e depois do nascimento, numa preocupação mais vasta com a qualidade das populações, muito marcada, nos textos analisados, por um discurso eugénico, tal como refere Arnup (1994), relacionado com a melhoria da raça, em que se enfatiza as consequências sociais da geração de crianças *anormais*, doentes ou com deformações físicas.

Intimamente associada com este discurso surge a questão da medicalização da maternidade (Barker, 1998; Brown, 2004; M. M. Ferreira, 2000), uma vez que a figura do médico emerge como o único actor social com capacidade para intervir, pois só ele possui os conhecimentos capazes de garantir a qualidade da descendência, quer antes, quer após a concepção, constituindo a vigilância médica a garantia de que a gravidez terminará num parto bem sucedido, isto é, no nascimento de uma criança saudável.

A transformação da gravidez num acontecimento bio-médico também vai contribuir para uma maior responsabilização da mãe pelo bem-estar da criança e, conseqüentemente, para a sua responsabilização quando algo corre mal. Como afirmam Gross e Patisson (2001) a inventariação do que designam de *terapêuticas da gravidez*, ou seja, de todos os cuidados que as mulheres devem ter durante este processo e que, como se pode observar nos dados que apresentamos, incluem aspectos que vão desde a forma como devem tomar banho, à alimentação ou ao modo como se devem vestir, contribui para que as mulheres sejam consideradas as principais responsáveis por o levar a bom termo, já que para tal basta seguir as recomendações feitas pelos médicos ou, no caso de a ele não terem acesso, as que são difundidas nas revistas ou nos manuais de puericultura cuja leitura é aconselhada às mães.

O elemento de risco que qualquer gravidez comporta e que muitas vezes não está relacionado com o comportamento das mulheres é, assim, completamente ignorado, sendo transmitida às futuras mães a ideia de que basta obedecerem aos conselhos dos peritos para que tudo corra bem. Contudo, esta questão também pode ser vista noutra perspectiva, como afirma Giddens (2005), mais concretamente, como um mecanismo securizante, no sentido em que também está implícita nestes discursos a ideia de que a saúde e o bem-estar da criança são passíveis de ser assegurados, ao contrário do que sucedia anteriormente, pela mãe, a quem é atribuído o poder de controlar, através do seu comportamento, o estado de saúde do seu filho.

A gravidez constitui, assim, o momento privilegiado para o início da educação para a maternidade, procurando inculcar-se nas mães a ideia de que do seu comportamento depende a saúde, quer física, quer mental, dos seus filhos, ou seja, da necessidade de se manter sempre vigilante e atenta, auto-regulando a sua conduta e alterando-a sempre que necessário em nome do bem-estar da criança, atitude que deverá

manter após o seu nascimento e que constitui, aliás, uma qualidade da *boa mãe*.

O parto é um tema quase ausente dos discursos dos autores, assim como do das mães. Num momento em que este é ainda um acontecimento do foro privado, em que se defende no discurso político a realização do parto no domicílio (Pimentel, 2001; Carneiro, 2008), as referências a este momento centram-se essencialmente nos preparativos que as mães devem realizar e que incluem aspectos que vão desde a preparação do local ao material que deverão ter disponível para a sua realização, informação aliás solicitada em cartas escritas para as revistas.

Embora a defesa do parto ao domicílio seja a posição oficial nesta época, estando os hospitais reservados às classes mais desfavorecidas, esta não é a opinião de alguns peritos, vislumbrando-se nos nossos resultados o início de um processo a favor da sua medicalização. Tal é visível quer nos discursos em que se defende a realização do parto hospitalar, com base no argumento de que é a única forma de garantir a saúde da mãe e da criança, quer naqueles em que se invoca a necessidade das mães procurarem uma parteira especializada, ou seja, uma pessoa com formação específica, dotada de conhecimentos científicos e não uma qualquer curiosa, prática cujas consequências podem ser desastrosas.

É ainda neste período que se assiste, em Portugal, à introdução do método psicofilático, tal como acontece na maioria dos países ocidentais (Carneiro, 2008), o que pode ser interpretado como uma primeira tentativa de humanizar o parto, como referem Mathews e Zadak (1997), no sentido em que se procura transformá-lo num acontecimento mais *confortável* para a mulher. A introdução deste método é também entendida como uma oportunidade educativa no sentido em que exige uma preparação prévia, preparação essa em que para além das questões relacionadas com o método em si e com as estratégias de controlo da dor, se transmitem informações acerca do processo de gravidez, das transformações que decorrem quer no que diz respeito ao corpo da mãe, quer relativamente ao desenvolvimento fetal, aproveitando-se ainda para reforçar a importância do conhecimento científico, já que é este que possibilita a eliminação/diminuição da dor.

Destinado a uma *elite*, tais como os cursos para as mães, este método vai

também contribuir para a medicalização do parto, uma vez que pressupõe que este seja realizado em contexto hospitalar, contribuindo, simultaneamente, para o reforço do poder dos médicos obstetras neste campo, já que a redução da dor, desde sempre associada ao nascimento, pressupõe uma obediência total às suas instruções.

Gostaríamos ainda de realçar que este tipo de iniciativas se devem, por um lado, à preocupação com a saúde das mães e das crianças, designadamente com uma melhoria da segurança no parto, e, por outro, como afirma Arnup (1994), à progressiva afirmação de uma recente especialidade médica, a obstetrícia, de que resulta também a criação, em 1954, da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia.

Embora a saúde da criança seja alvo de interesse desde o período anterior à sua concepção, como temos vindo a referir, as preocupações dos autores centram-se nas questões relacionadas com a criação e a educação das crianças, ou seja, com os cuidados que as mães lhe devem prestar após o seu nascimento de forma a que estas cresçam saudáveis de corpo e de espírito. Passaremos a analisar, então, as questões relacionadas com os cuidados com o corpo, ou seja, o que designámos, seguindo a estrutura proposta por A. G. Ferreira (2000), de criação.

IV.2.2. Criar

No que se refere à criação das crianças, os conselhos publicados nas revistas emanam essencialmente da puericultura, ciência que tem como principal objectivo a aplicação do saber oriundo da pediatria ao quotidiano das crianças (Carneiro, 2008; M. M. Ferreira, 2000) e que tem como principal população alvo as crianças entre os 0 e os 3 anos.

Uma das principais preocupações dos autores é garantir a sobrevivência das crianças, conseguida essencialmente através da prevenção dos principais males que as afligem, nomeadamente as gastroentrites e as doenças infecto-contagiosas. Esta preocupação explica a importância atribuída à amamentação, assim como a forma detalhada como são descritos todos os cuidados que a mãe deve ter para alimentar o seu

filho, desde a forma como deve ferver o leite até à esterilização dos biberões, bem como na ênfase colocada nos cuidados preventivos, no esforço que deve ser realizado de forma a afastar a criança de toda a possível contaminação, e na inculcação, desde idades muito precoces, de hábitos de higiene, que permitem à criança proteger-se desse temível inimigo, os micróbios, quer no momento presente, quer pela vida fora.

Esta não é porém somente uma preocupação dos médicos, as próprias mães também revelam preocupação com estas questões através da escrita de cartas para as revistas onde solicitam informações sobre os cuidados que devem prestar quotidianamente aos seus filhos. Tal é revelador não só da sua preocupação em garantir a sobrevivência dos seus filhos, elemento central da maternidade (Ruddick, 1989), mas também na confiança que depositam naqueles que escrevem nas revistas ou, mais concretamente, no conhecimento que através deles é transmitido.

É também neste contexto que a figura do médico, presente desde o momento anterior à concepção, ganha novo protagonismo e este se transforma no principal defensor da saúde da criança. Tidas como ignorantes, como anteriormente referido, as mães são aconselhadas a fazerem vigiar periodicamente os seus filhos, mesmo que estes não estejam doentes, a nada fazerem sem consultarem o médico, designadamente no que diz respeito à alimentação e ao tratamento de doenças, sob a pena de estarem a prejudicar gravemente as crianças, designadamente quando seguem os conselhos oriundos da sua rede informal, cujas consequências nefastas os autores não se cansam de enumerar.

A vigilância médica da criança, componente essencial para a consolidação do poder médico sobre a maternidade e a infância, insere-se numa nova lógica, designadamente no que Armstrong (1995) designa de *medicina de vigilância*, que se constitui precisamente em torno da criança. Aquilo que nós podemos inferir a partir dos dados obtidos é que, neste período, este tipo de abordagem está ainda circunscrito a determinados grupos sociais, designadamente às crianças das classes urbanas mais favorecidas, como comprovam os relatos das mães e dos autores acerca da dificuldade, quer por razões geográficas, quer por razões económicas, de acesso a cuidados médicos, a que se adiciona a resistência oferecida a esta prática pelas mulheres das classes mais desfavorecidas que, mesmo tendo acesso gratuito a ela, não compreendem a sua razão

de ser.

Outro elemento patente nos discursos dos autores, e também alvo de preocupação para as mães, que se relaciona com a emergência desta nova abordagem, a *medicina de vigilância*, que Rose (1999b) enquadra num movimento de normalização da infância, é a necessidade de monitorização do desenvolvimento físico da criança, quer no que diz respeito ao seu peso, quer à sua altura, forma de garantir que este se processa *normalmente*, ou seja, de acordo com os parâmetros considerados normais para as crianças de uma determinada faixa etária. O facto desta monitorização ser realizada pelas mães, como comprovam as detalhadas instruções acerca da forma como esta se deve realizar, assim, como a solicitação por estas da publicação das tabelas de peso e altura, documenta também o carácter circunscrito desta abordagem.

Gostaríamos ainda de salientar que a solicitação da publicação das tabelas de peso e altura é revelador da interiorização pelas mães da ideia de *normalidade*, ou seja, de que para uma determinada idade existe um certo padrão de desenvolvimento, assim como com a sua preocupação em situar o seu filho em relação a esse mesmo padrão, avaliando-o e detectando assim precocemente qualquer *desvio* que necessite de intervenção.

É precisamente a preocupação quer com o desenvolvimento físico da criança, quer com o combate à mortalidade infantil, que está na origem da importância concedida à alimentação. Para tal também contribuiu o desenvolvimento de ciências como a fisiologia e a nutrição que permitiram perceber o papel que esta desempenha na manutenção e na promoção da saúde das populações. Simultaneamente, o conhecimento do papel dos micróbios e do contágio na propagação das doenças infecto-contagiosas, transforma a higiene num elemento central na sua promoção (Arnup, 1994; Apple, 2006). Numa época em que as taxas de mortalidade infantil são ainda muito elevadas, em que este é percebido como um dos maiores problemas da infância, a alimentação e a higiene transformam-se nos dois temas centrais dos discursos sobre a criação das crianças, designadamente das mais pequenas, como já haviam referido Apple (2006) e Ferreira (2003).

Neste contexto, a mãe é considerada, tal como durante a gravidez, a principal

responsável pela saúde e pelo desenvolvimento *normal* do seu filho (Abugideri, 2004), que deverá garantir através do rigoroso cumprimento das normas emanadas do discurso médico, mais concretamente, da puericultura. É de referir que uma das consequências desta responsabilização é a sua culpabilização quando algo corre mal, particularmente evidente nos textos acerca da mortalidade infantil, cuja responsabilidade é atribuída essencialmente às mães, ignorando-se, como referem diferentes autores (Apple, 2006; Arnup, 1994; Litt, 2000; Pereira, 1999), causas mais vastas, tais como as condições sociais, económicas e habitacionais em que são criadas, nesta época, muitas crianças portuguesas.

No que se refere à alimentação nos primeiros meses de vida, a defesa da amamentação é um tema recorrente no discurso dos autores, como aliás já havia sido documentado noutros estudos sobre a maternidade (Apple, 2006; Arnup, 2004; Thorley, 2003). Os autores procuram convencer as mães da sua importância, descrevendo as suas vantagens não só para os bebés, mas também para as próprias mulheres, transformando-a, assim, numa prática própria de uma *boa mãe* a que só aquelas com fortes justificações físicas se poderão escusar. Tida como um elemento essencial na diminuição da mortalidade infantil, a defesa da amamentação é transformada numa questão de saúde pública, inserindo-se, como afirma Shaw (2003), num conjunto de medidas mais vastas cujo objectivo é não só a garantia como a melhoria da saúde da população.

Contudo, a necessidade constante de realçar as suas vantagens leva-nos a deduzir que esta não seria uma prática generalizada, o que aliás também é documentado pelos autores, designadamente quando se referem à regressão a que se assiste nesta prática a partir da década de 50, facilitada pela introdução de leites próprios para os bebés, tais como o *Nestogeno*, referido quer pelas mães quer pelos autores. É interessante notar que a par da defesa da amamentação se assiste ao elogio deste tipo de leites, assim como do leite condensado, consideradas as formas mais seguras de proceder à alimentação dos lactentes.

A alimentação não é porém apresentada somente como uma forma de assegurar a saúde da criança, embora esta seja considerada uma das suas principais funções. As refeições constituem, desde o nascimento, um importante momento no que diz respeito à disciplinarização da criança ou, mais concretamente, à aquisição de bons hábitos que

se acredita que, inculcados desde cedo, perdurarão pela vida fora.

Tal é visível na ênfase na regularidade, isto é, na importância atribuída ao estabelecimento de horários, que deve ser realizada pela mãe, ou seja, da presença de um discurso moral, que se vai alargar a outros campos dos cuidados com o corpo da criança, como, por exemplo, o sono, em que se considera que os bons hábitos são essenciais para a formação do carácter (Grant, 1998; Roberts, 2004), aliado a um discurso comportamentalista, de defesa do cumprimento rígido dos mesmos e da submissão total da criança aos princípios postulados pela mãe (Hardyment, 2008; Thurer, 1995).

Este tipo de discurso é também patente nas questões relacionadas com a higiene, designadamente no que diz respeito à inculcação de hábitos de asseio e de ordem, vistos aqui não só como um elemento essencial para a disciplinarização do corpo, mas também como um elemento essencial de preparação para a vida em sociedade. Como afirma Roberts (2004) a ordem é considerada um elemento essencial para a formação do carácter e a repetição constante da mesma acção, muito visível nas questões relacionadas com o sono e a higiene do corpo, a chave para a aquisição, pela criança, de bons hábitos. É ainda de salientar que esta é uma questão que permite articular o físico e o psicológico, permitindo assim aos médicos intervir numa área, a do comportamento, que até aí não era considerada do seu domínio (Apple, 2006).

Para além dos discursos oriundos da puericultura, do comportamentalismo, ou daqueles com uma forte componente moral, é ainda patente, nos textos sobre a criação das crianças, a influência das teorias psicanalíticas, sendo um dos principais responsáveis pela sua introdução o médico Vítor Fontes. Tal é visível, por exemplo, na valorização da componente afectiva da amamentação, na importância atribuída ao desmame, ou nas questões relacionadas com o controle dos esfíncteres.

Gostaríamos ainda de acrescentar que este período é também um tempo de mudança. Tal é visível, por exemplo, nos textos acerca do horário da amamentação. Enquanto alguns autores defendem uma perspectiva comportamentalista, enfatizando a importância da regularidade, noutros assiste-se à defesa de uma atitude menos rígida, de uma abordagem mais permissiva (Hays, 1996; Grant, 1998; Stearns, 2003), justificada

com base numa visão maturacional do desenvolvimento, em que são as necessidades da criança que ditam quando esta deve ser amamentada.

Entre os autores que defendem esta perspectiva inclui-se Maria Palmira Tito de Morais, Enfermeira chefe do Centro de Saúde de Lisboa e Professora da Escola Técnica de Enfermagem, que realizou a sua licenciatura nos E.U.A., onde nesta altura, segundo os autores que estudaram a realidade norte-americana (Apple, 2006; Grant, 1998), a abordagem comportamentalista já tinha sido abandonada, pelo menos ao nível do discurso dominante, sendo substituída por uma abordagem mais permissiva, inspirada nas teorias de Arnold Gesell, autor aliás que Maria Pamira Tito de Morais cita quando se refere a este assunto.

Para além da higiene e da alimentação, a prevenção da doença assim como o seu tratamento, também vão ser alvo de atenção por parte dos autores. Transformada numa auxiliar do médico, numa *mãezinha enfermeira*, designação que surge numa série de artigos sobre o tratamento da criança doente em *Os Nossos Filhos*, a mãe é responsável quer pela prevenção da doença, como anteriormente referido, vigiando o desenvolvimento do seu filho e protegendo-o do eventual contágio, quer pelo seu tratamento quando está doente, que deverá ser realizado de acordo com as prescrições do médico, ou ainda pela prestação dos primeiros socorros em caso de acidente.

Os cuidados da mãe não se devem, porém, cingir aos cuidados com o corpo, tarefa considerada aliás mais fácil, no sentido em que bastaria cumprir as regras dadas pelos médicos para que tudo decorresse da melhor forma. A preocupação com o desenvolvimento emocional da criança e, sobretudo, com a sua educação moral, são temas que emergem no discurso dos autores e que passaremos a analisar.

IV.2.3. Educar

Enquanto os discursos sobre a criação têm como objecto as crianças mais pequenas, em relação às quais a ameaça da mortalidade é mais forte, os discursos sobre

a educação das crianças centram-se sobretudo nas crianças com mais de 2 anos, idade em que se considera que se deve prestar uma maior atenção ao desenvolvimento psicológico. Tal deve-se ao facto de, como afirma Burman (2000), se acreditar que o bebé é um ser incompetente, do ponto de vista cognitivo, razão pela qual se considera suficiente o assegurar dos cuidados corporais, através dos quais se garante também a formação de bons hábitos.

Contudo, a partir dos 2 anos, e com a emergência da linguagem, considerada uma manifestação do pensamento (M. M. Ferreira, 2000), emergem outro tipo de preocupações, entre as quais se destacam a formação da personalidade e o desenvolvimento da inteligência.

Educada em casa, dado que a maioria das crianças neste período não frequentam instituições de educação de infância, é à mãe que é atribuída a responsabilidade de zelar para que o desenvolvimento psicológico da criança se processe da melhor forma, através da criação de um conjunto de condições que possibilitam a sua transformação num adulto socialmente integrado.

Subjacente aos discursos sobre a educação das crianças, está um discurso moral sobre as características de uma *boa mãe*. Mais concretamente, é referido um conjunto de qualidades que a mãe deve possuir e/ou desenvolver de forma a exercer a sua função educativa, onde se incluem a paciência, a disponibilidade, a serenidade e o auto-controlo, elementos essenciais para o desenvolvimento harmonioso da criança, assim como para a garantia de sucesso na sua educação.

Para além de desenvolver estas qualidades a mãe é ainda responsável por garantir a harmonia do lar, ou seja, por assegurar que o ambiente onde a criança cresce permita que esta se sinta confiante e segura, elementos essenciais para o seu desenvolvimento emocional. A preocupação com a qualidade do ambiente familiar, muito centrada na relação conjugal, tem subjacente um discurso psicanalítico, visível na ênfase colocada na sua importância quer para o bem-estar da crianças, quer para o adulto em que se tornará, ou seja, na percepção da importância dos acontecimentos que ocorrem nos primeiros anos de vida para a saúde mental futura (Grant, 1998).

Outro aspecto salientado pelos autores é a necessidade de a mãe conhecer a

criança, não só conhecer o seu filho enquanto ser individual, mas também conhecer o processo de desenvolvimento da *criança normal*. Os discursos sobre esta temática são muito marcados por uma visão maturacionista do desenvolvimento, de que autores como Arnold Gesell são os principais porta-vozes, visível: na divulgação dos comportamentos associados a cada faixa etária, apresentados como uma sucessão de estádios de complexidade crescente; na ênfase colocada na necessidade de respeitar o ritmo individual de cada criança; e, por último, na condenação da precocidade, uma vez que esta teoria pressupõe que o desenvolvimento ocorre segundo uma sequência fixa, determinada organicamente e, portanto, em que não só é completamente ineficaz intervir, como até prejudicial.

Gostaríamos ainda de referir que, tal como em relação ao desenvolvimento físico, a divulgação das etapas do desenvolvimento psico-motor da criança tem como principal objectivo, não só permitir que as mães adequem a sua acção educativa ao estádio em que a criança se encontra, mas também que detectem precocemente qualquer *anormalidade*, transformando-se, desta forma, em coadjuvantes dos peritos.

A divulgação destas regras, faz parte do que Rose (1999b) designa de *construção da criança normal*, é tal como este autor refere, uma fonte de ansiedade para as mães, documentada nas cartas que escrevem para as revistas indagando sobre a normalidade, ou não, do desenvolvimento dos seus filhos. É precisamente sobre estas ansiedades que os peritos vão actuar, indicando às mães como devem proceder para garantir que o seu filho se enquadre na categoria da *criança normal*.

Intimamente associada a este discurso emerge a ideia de que a criança possui um conjunto de características universais, naturais, uma vez que são determinadas pela sua condição biológica, que as mães devem respeitar, de forma a não perturbar o seu desenvolvimento. Uma dessas características é a necessidade de se ocupar, de estar permanentemente em movimento, que encontra na actividade lúdica, *ofício da infância* (Chamboredon & Prevot, 1982) e percebida como um “recurso de auto-desenvolvimento infantil” (Ó, 2003, p. 140), a forma mais natural de satisfação dessa necessidade.

Nas referências à actividade lúdica, assim como ao desenvolvimento da

inteligência, é visível a influência das ideias pedagógicas oriundas do movimento da Educação Nova, cujos pedagogos, como Decroly, Claparède ou Montessori, são várias vezes referidos. O respeito pela actividade espontânea da criança, a preponderância assumida por esta no desenvolvimento da criança, o papel atribuído à mãe como organizadora do meio, são princípios defendidos por estes autores, designadamente por Montessori, de cujo livro *A criança*, são muitas vezes transcritos excertos.

A apropriação destas ideias, oriundas de um discurso pedagógico emanado das instituições de educação formal das crianças em idade pré-escolar pode ser considerada como um contributo para a *profissionalização da maternidade*, uma vez que equipara as mães a profissionais de infância, que devem conhecer os métodos educativos indicados para as crianças desta faixa etária e aplicá-los quotidianamente no seu lar. As mães devem, por exemplo, saber escolher os brinquedos mais apropriados ao desenvolvimento do seu filho, assim como desenvolver um conjunto de actividades que permitam a sua *educação sensorial*, preparando-o, assim, para a entrada na escola primária.

A educação sensorial, conceito oriundo do movimento da Educação Nova, é considerada a melhor forma de auxiliar o desenvolvimento da inteligência da criança, motivo pelo qual são descritos detalhadamente os exercícios que a mãe deve realizar com o seu filho. Assente na ideia de que o desenvolvimento da inteligência se realiza naturalmente através da interacção com o meio, às mães resta apenas auxiliar as crianças a desenvolver a memória e a atenção, considerados elementos essenciais para o sucesso na escola primária.

A instrução nas idades que antecedem a entrada na escola primária é alvo de especial condenação, sendo a precocidade considerada prejudicial ao desenvolvimento da criança. A única ocasião em que se aconselha que as mães instruem os seus filhos, diz respeito, uma vez mais, e tal como em relação à actividade lúdica, à satisfação de uma característica universal da infância, a curiosidade, que transforma a criança num permanente interrogador acerca da realidade que o cerca. Às questões colocadas pela criança deve ser sempre dada resposta, ou seja, a sua necessidade de obter conhecimento deve ser satisfeita, sendo, porém, realçado, que tal deve ser realizado de acordo com o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra, ou seja, de que

as interrogações das crianças não devem constituir momentos impulsionadores do seu conhecimento, mas sim meras ocasiões de esclarecimento das questões concretas que estas colocam.

Os discursos sobre a importância da actividade lúdica ou sobre o desenvolvimento da inteligência têm subjacente a ideia de que a criança é um ser com um conjunto de necessidades específicas, de cuja satisfação depende o seu desenvolvimento. As mães devem tornar-se, assim, observadoras dos seus filhos, de forma a poderem detectar essas necessidades (Apple, 2006; Grant, 1998; Hays, 1996; Pitt, 2002; Thurer, 1995), tornadas visíveis através do comportamento da criança (Woodhead, 1999). É ainda de salientar que a satisfação destas necessidades deve ser sempre realizada tendo em conta o nível de desenvolvimento em que a criança se encontra e atendendo ao seu ritmo *natural*.

Outro aspecto essencial na educação da crianças diz respeito à formação da personalidade, tarefa na qual as mães vão desempenhar um papel essencial, uma vez que apesar de existirem referências à componente hereditária, se acredita que esta é moldada sobretudo pela acção do meio, ou seja, pelas pessoas com quem a criança convive directamente.

O comportamento das crianças é assim considerado um reflexo do comportamento das mães que são responsabilizadas pelo bem-estar emocional e pela integração social dos seus filhos (Grant, 1998). A percepção da infância como um período de vida onde se prefigura a saúde mental futura, aspecto partilhado pelas teorias comportamentalista e psicanalítica (Grant, 1998), atribui à mãe um papel essencial no desenvolvimento emocional da criança, já que este dependerá quase exclusivamente do seu comportamento.

Assim, para além de desenvolver a capacidade de auto-regulação, qualidade essencial de uma *boa mãe*, esta deverá ainda possuir conhecimentos acerca da forma como se processa o desenvolvimento emocional da criança, designadamente dos conflitos próprios da infância, e da melhor forma de agir para ajudar o filho a ultrapassá-los, ou, mais do que isso, a não causar danos permanentes na sua saúde mental.

Assiste-se assim, como refere Armstrong (1995), à aplicação de um olhar médico, à extensão de uma *medicina de vigilância*, às questões da saúde mental, visível na construção do desenvolvimento emocional, por influência das teorias psicanalíticas, como uma questão problemática, cuja *normalidade* está sempre sob ameaça, designadamente pela acção exercida pelas mães, principais causadoras dos problemas das infâncias, desde as *neuroses* à *timidez*.

Para além de assegurar a saúde mental da criança, as mães são ainda responsabilizadas pela sua preparação para a vida em sociedade, ou seja, pela sua educação moral. Essencial para uma adequada integração social da criança, todas as ocasiões são consideradas ideais para a transmissão de valores, assim como para a inculcação das regras da vida em sociedade, elementos essenciais, como refere Roberts (2004), para a formação da personalidade.

Neste contexto é especialmente salientada, mais uma vez, a necessidades das mães auto-regularem o seu comportamento, devido à importância atribuída ao exemplo na educação (Pessoa, 2005). Mais concretamente, o facto de uma das características universais da infância, a par com a curiosidade ou a necessidade de agir, ser a imitação, designadamente a vontade de imitar os adultos, está na origem da importância concedida, no discurso dos autores, à auto-vigilância que as mães devem ter permanentemente sobre o seu próprio comportamento, de forma a não constituírem fonte de *maus exemplos* para a criança. É visível ainda a preocupação em preparar a criança para se tornar, sobretudo, num ser útil à sociedade em que se insere, designadamente na importância atribuída à transmissão de valores como o hábito de trabalho, o respeito pelo próximo ou o ensino das regras de cortesia.

Contudo, o objectivo último da educação moral da criança, da preparação para a vida em sociedade, é o desenvolvimento do auto-domínio, da capacidade de regular por si só o seu comportamento, conseguido através da sua disciplinarização, e que não parece constituir uma tarefa fácil para as mães, que se queixam sobretudo da *teimosia* dos filhos.

A criança deve ser educada com autoridade, mas sem autoritarismo, assistindo-se, no campo da disciplina, à defesa de práticas características de uma abordagem mais

permissiva à educação das crianças. Tal é visível, por exemplo, na crítica à punição física ou na invocação da necessidade de explicar às crianças porque é que não se devem comportar de determinada maneira, elementos referidos por Stearns (2003), como componentes essenciais da abordagem designada de permissiva à educação das crianças.

Em suma, assiste-se ao longo deste período à construção de um modelo de *boa mãe*, assente na ideia de que a criação e educação das crianças é da sua inteira responsabilidade. A *boa mãe* é aquela que se educa, dedicando-se à função maternal como se dedicaria a outra qualquer profissão, que segue as recomendações dos peritos, ou seja, que aplica os últimos desenvolvimentos da ciência à geração, criação e educação das crianças, através dos procedimentos detalhadamente descritos nas revistas. Mais concretamente, as *boas mães* são aquelas que sabem escolher um pai saudável para os seus filhos, que os protegem durante a gravidez, seguindo as recomendações médicas e alterando o seu estilo de vida, os amamentam ao seio, os protegem dos micróbios, os fazem vigiar regularmente por um médico, incutem regularidade nas suas vidas, respeitam a sua actividade espontânea, conhecem as diferentes etapas do desenvolvimento infantil, auxiliam o desenvolvimento da sua inteligência, transmitem os valores essenciais para a vida em sociedade e os disciplinam, transformando os seus filhos em crianças saudáveis de corpo e de espírito, socialmente integradas.

O modo como se exerce a maternidade transforma-se assim, como defende Hoffman (2003), numa forma de capital simbólico, um elemento diferenciador entre *boas* e *más* mães, sendo estas últimas alvo das mais variadas críticas, estendendo, assim, as diferenças sociais existentes entre as mulheres ao campo da maternidade.

Gostaríamos ainda de acrescentar que estes resultados permitem demonstrar que a preocupação com a regulação dos comportamentos maternos não é uma questão que preocupa somente os políticos, mas que se generaliza a várias camadas da sociedade, designadamente às *elites simbólicas*. Mais concretamente, a transformação dos problemas da infância numa questão social, como demonstra M. M. Ferreira (2000), contribui para que diferentes actores, de diferentes quadrantes políticos, como é o caso das mulheres que escrevem em *Os Nossos Filhos*, pertencentes muitas delas à oposição ao Estado Novo, partilhem a ideia de que a educação para a maternidade é uma das

estratégias mais eficazes para a resolução dos principais problemas que atingiam as crianças do nosso país.

Depois de discutidos os resultados relativos ao 1º Período: 1945 a 1958, passaremos à discussão daqueles que dizem respeito ao 2º Período: 1994 a 2007.

IV.3. CONCEPÇÕES DE MATERNIDADE - 2º PERÍODO: 1994 a 2007

Numa situação de paridade em relação aos homens, a maioria das mulheres residentes em Portugal que se encontra em idade fértil exerce uma profissão fora de casa, o que significa que a maioria das crianças em idade pré-escolar vive em famílias onde os dois progenitores trabalham. Essa paridade não se reflecte, porém, nos discursos acerca maternidade publicados nas revistas de educação familiar que constituem o objecto do nosso estudo, em que se considera que a mulher é a principal responsável pela criação e educação das crianças, embora possamos detectar alguns sinais de mudança, designadamente a favor de um maior envolvimento do pai no quotidiano dos seus filhos.

Apesar de se defender a participação do pai nas tarefas relacionadas com a criação e educação das crianças, este assume ainda um papel secundário, de ajudante, principalmente nos primeiros anos de vida da criança, tal como Sunderland (2006) evidenciou na sua análise a *revistas de educação familiar* britânicas. Tal é visível nos nossos dados, designadamente nos textos acerca da conciliação entre a maternidade e a vida familiar, dirigidos às mães, assim como no facto da maioria das cartas publicadas nas revistas serem assinadas por mulheres. As próprias revistas, cujo principal objectivo é auxiliar os pais na tarefa de geração, criação e educação dos seus filhos, dirigem-se sobretudo às mães, o que é visível quer no conteúdo dos textos analisados, quer na existência de rubricas dirigidas especificamente ao público feminino.

Confirma-se, assim, nas revistas analisadas, a adesão a um modelo tradicional de maternidade, como refere Sunderland (2006), apesar de como já referimos, serem detectáveis alguns sinais de mudança, designadamente as referências à necessidade de o

pai participar mais activamente na vida das crianças e na partilha das tarefas domésticas.

As mães continuam, de facto, a ser consideradas as principais responsáveis pela criação e educação dos filhos, as gestoras do seu quotidiano, sendo a sua presença tanto mais necessária quanto mais nova é a criança, período em que se considera, por influência das teorias da vinculação, que é insubstituível. Esta é uma ideia interiorizada pelas mães, que revelam, à semelhança do já havia sido assinalado por diferentes autores (Ducan, Edwards, Reynolds, & Alldred, 2003; Elvin-Nowak, 1999; Hattery, 2001; Monteiro, 2005; Rubin & Wooten, 2007), sentimentos de culpa por não poderem estar tão presentes quanto gostariam.

A culpa não é, contudo, o único sentimento que faz parte do quotidiano das mães. Informadas sobre as diferentes estratégias de criação e educação das crianças, leitoras ávidas de manuais, revistas e páginas WEB, facto referido pelas mães que escrevem para as revistas, para o que contribui o aumento do nível educativo das mulheres, como referem diversos autores (Bailey, 1999; Hardyment, 2008; Hays, 1996), o que parece caracterizar as mães dos nossos dias é um sentimento de insegurança, um receio de não estar a fazer tudo o que deviam para promover o desenvolvimento e o bem-estar dos seus filhos.

Este sentimento de insegurança é atribuído, pelos autores que escrevem nas revistas analisadas, aos seguintes factos: grande parte das mulheres não ter contacto com crianças, pelo menos enquanto prestadoras de cuidados, antes de se tornarem mães; a um maior investimento nas crianças, que não surgem como uma inevitabilidade da conjugalidade, mas são planeadas e, portanto, desde o momento anterior à concepção, desejadas; a existência de um modelo de mãe *perfeita*, que nós caracterizaríamos como um modelo proveniente da ideologia da maternalização intensiva (Hays, 1996); e, por último, a proliferação de informação acerca da criação e educação das crianças, oriunda das mais diversas fontes, que apresenta muitas vezes um carácter contraditório, como os resultados por nós obtidos também demonstram.

Gostaríamos ainda de acrescentar o facto de as regras prescritas pelos peritos serem entendidas como recomendações, muitas vezes enunciadas com um carácter vago, com base no argumento, próprio de um período de *modernidade liberal alargada*

(Wagner, 1998), de que cada mãe tem características únicas, não existindo um modelo de *mãe perfeita*. Sem um modelo para seguir as mulheres têm que encontrar o seu caminho próprio na prática da maternidade, o que também poderá contribuir para o sentimento de insegurança que parece atingir as mães que vivem no 2º Período: 1994 a 2007.

A acção dos peritos assume-se neste contexto não como uma acção educativa, um projecto pedagógico, mas sim como uma acção securizante, cujo principal objectivo é dar pistas para que as mães se sintam mais confiantes em si próprias no desempenho da função maternal. A relação mãe-perito é, assim, como referem Apple (2006) e Knibiehler (1997), completamente transformada, ou seja, estamos perante uma relação mais igualitária, em que se tem em conta a opinião da mãe quando da tomada de decisões, ou seja, uma relação de parceria assente num objectivo comum, o bem-estar físico e psicológico da criança.

Esta transformação é visível na forma como são encaradas as iniciativas de educação para a maternidade, designadamente os cursos para pais, já que a maioria deles é dirigido a ambos os progenitores, sendo descritos como pontos de encontro, de reflexão, onde em conjunto com outros pais e com os peritos, se procura encontrar as melhores soluções para os problemas que os afligem no quotidiano, embora não seja descuidada a transmissão de algumas regras que os peritos consideram essenciais para o bom exercício da maternidade. Podemos então afirmar que a estes espaços é atribuída uma dupla função: por um lado, a educação das mães, através da divulgação de informação; por outro, o desenvolvimento de sentimentos de competência no exercício da função maternal, ou seja, a sua securização.

É precisamente a análise da informação que é veiculada nas revistas de educação familiar no 2º Período: 1994 a 2007, acerca das práticas de maternidade, que passaremos a apresentar.

IV.4. PRÁTICAS DE MATERNIDADE – 2º PERÍODO: 1994 a 2007

Antes de passarmos à discussão dos resultados relativos aos discursos acerca da geração, criação e educação das crianças em idade pré-escolar referentes ao 2º Período: 1994 a 2007 do nosso estudo, gostaríamos de salientar que esta será sub-dividida em três pontos – Gerar, criar e educar – reproduzindo-se, assim, a estrutura utilizada na discussão dos resultados relativos ao 1º Período: 1945 a 1958.

IV.4.1. Gerar

A introdução dos métodos contraceptivos de alta eficácia, que são utilizados pela maioria das mulheres portuguesas (Almeida, Vilar, André & Lalanda, 2004), tem profundas implicações nos discursos sobre a maternidade. Mais concretamente, gerar uma criança deixa de ser, em certo sentido, um acontecimento fruto do acaso, sendo entendido como um momento que deve ser planeado, ou seja, que só deve ter lugar quando a mãe se sente pronta para enfrentar esse desafio e, mais do que isso, disponível para as profundas transformações que o exercício da maternidade terá no seu quotidiano.

A decisão de ter um filho é um dos momentos onde começa a ser visível a transformação do modelo tradicional de maternidade, ou seja, da ideologia da maternalização intensiva, para o modelo da coparentalidade (Vuori, 2009), no sentido em que, apesar de na realidade esta parecer ser tomada maioritariamente pelas mulheres (Segalen, 1999a), o que se defende nos textos analisados é que deve ser uma decisão conjunta, depois dos progenitores se assegurarem que reúnem as condições necessárias para criar e educar uma criança.

Neste contexto são enfatizados os custos económicos de uma criança, principalmente nos primeiros tempos, o que nos dá indicação da predominância do que Hays (1996) designa de métodos intensivos de educação das crianças, de que uma componente é precisamente o seu elevado custo, assim como do florescimento de um

mercado de artigos destinados especialmente à primeira infância, como já havia sido referido por Chamboredon e Prévot (1982), de um conjunto de equipamentos considerados indispensáveis para bem criar uma criança, cuja compra é aconselhada pelos autores que escrevem nas revistas. Como afirma Hardyment (2008) nos últimos 20 anos os pais têm investido cada vez mais dinheiro na criação e educação dos seus filhos.

Outro aspecto importante é a estabilidade da relação, ou seja, uma *boa mãe* é aquela que tem um parceiro, uma relação estável, o que indica a perpetuação da transmissão nestas revistas da ideia de que as crianças devem crescer num família composta por pai e mãe, ou seja, de uma visão tradicional de família, nem sempre compatível com a realidade actual em se assiste à proliferação de modelos alternativos de família, emergindo novas tipologias, como é o caso das famílias recompostas ou das famílias monoparentais (Aboim, Cunha & Vasconcelos, 2005).

Para além dos factores económicos e da estabilidade familiar, a mãe deve ainda assegurar-se de que ter um filho é compatível com os seus projectos profissionais. Gostaríamos ainda de salientar que este é um dos aspectos em relação ao qual os autores revelam a inexistência de um modelo ideal, discurso próprio do que Wagner (1998) designa de *modernidade liberal alargada*. Mais concretamente, nos artigos sobre esta temática é divulgada informação acerca das vantagens e desvantagens associadas a cada faixa etária, sendo indicado que esta é uma escolha pessoal, dependente das especificidades de cada casal.

Contudo, apesar dos autores se recusarem a indicar claramente qual a idade ideal para ter um filho, a enumeração das vantagens e desvantagens associadas a cada uma das faixas etárias permite concluir que os 30-34 anos parece ser considerada a idade mais vantajosa para ser mãe, dado que apesar de diminuírem as vantagens em termos biológicos a gravidez ainda não é considerada de risco, verificando-se, simultaneamente, existir uma melhoria das condições necessárias ao bom desenvolvimento físico e psicológico de uma criança. Esta prescrição normativa é porém algo que se pode ler nas entrelinhas, que nunca é explicitada, sendo realçada somente a necessidade de a mulher se sentir preparada para dar este passo tão importante na sua vida.

Este é um exemplo claro de que, apesar de existirem vários caminhos e várias alternativas à forma de exercer a maternidade, estão ainda presentes no discurso dos autores um conjunto de prescrições normativas, que indicam quais os comportamentos e as características de uma *boa mãe*, próprio de uma *modernidade organizada* (Wagner, 1998), embora surjam de uma forma mais subtil e mais dissimulada.

Uma das características, não da *boa mãe*, mas sim dos *bons pais*, apresentada de uma forma directa e sem qualquer subtileza, é a necessidade de ambos assegurarem a sua saúde, antes da concepção, realizando uma consulta pré-concepcional e modificando alguns hábitos considerados incompatíveis com a gravidez como, por exemplo, o tabagismo, amplamente referido nas revistas analisadas, ou corrigindo algumas situações específicas como, por exemplo, a obesidade. Considerados, quer a obesidade, quer o tabagismo, como uma das principais ameaças à saúde das populações, fazendo o seu combate parte do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, actualmente em vigor, este período constitui-se como uma oportunidade privilegiada para iniciar essa acção e, em nome da saúde da criança, contribuir para a resolução de um problema de Saúde Pública.

A introdução da ideia de planeamento nos discursos sobre a maternidade vai porém mais além, já que abrange não só a questão da fase da vida mais propícia ao nascimento de um filho, mas também o próprio momento em que este é concebido. Neste sentido, são dadas indicações às mulheres sobre a forma de garantir uma maior probabilidade de sucesso na concepção, que vão desde a descrição dos dias mais favoráveis para ter relações sexuais até à forma como estas devem decorrer, como já havia sido descrito por Liffande, Gaydos e Hogue (2007), invadindo-se assim um dos domínios mais privados e íntimos da vida de cada um, o campo da sexualidade.

Concebida a criança, a *boa mãe*, se ainda não o fez, deve escolher um médico, prática que parece ter sido interiorizada e facilitada pela universalização dos cuidados de saúde, uma vez que segundo dados que constam do Plano Nacional de Saúde em vigor, 80% das grávidas têm uma vigilância médica adequada durante a gravidez. Desta vigilância fazem parte um conjunto de exames, que os autores descrevem pormenorizadamente, indicando quando devem ser realizados e o porquê da sua realização.

De entre esses exames é dado maior realce à ecografia. Essencial para o diagnóstico de um conjunto de problemas anteriormente impossíveis de identificar, é também realçado o seu papel securizante, ao permitir à mulher ver o seu bebé, embora também seja referido que apesar de ser um importante indicador do bem-estar fetal não se pode garantir, através da sua realização, que o bebé não sofre de qualquer problema.

De facto, e pensamos que esta é um questão importante, *a consciência difundida do risco* (Giddens, 2005), cuja mais clara evidência nos discursos acerca da maternidade é a emergência da noção de *gravidez de risco*, aplicada, por exemplo, às mulheres com mais de 35 anos, é uma presença constante nos discursos dos autores, que têm o cuidado de prevenir as mulheres de que os médicos nunca podem garantir que tudo vai correr bem. Este pode ser mais um elemento a contribuir para a insegurança de que parecem padecer as mães dos nossos dias que, curiosamente, vivem num mundo em que a maternidade é uma realidade muito mais segura, em que a probabilidade de morrer num parto ou de ter um filho com problemas diminuiu consideravelmente.

Contudo, justamente por causa da presença constante do *risco*, as mulheres são aconselhadas a seguir um conjunto de prescrições, não no sentido de o eliminar, mas sim de o reduzir. Estas prescrições têm como principal objectivo assegurar a saúde da criança, embora se assista a uma emergência do que designamos da *mãe como pessoa*, ou seja, é patente no discurso dos autores uma preocupação com o seu bem-estar, visível, por exemplo, nos conselhos acerca do vestuário, em que é realçada a importância da mãe se sentir atractiva, bonita, ou ainda na inventariação de soluções para lidar com os incómodos próprios da gravidez.

De entre as recomendações dirigidas às grávidas, a questão do tabagismo vai ser alvo de especial atenção. Encontramos nos conteúdos dos discursos sobre este tema, tal como refere Rudolfsdottir (2000), uma descrição detalhada dos efeitos nocivos do tabaco, não para a mãe, mas para o feto, o que transforma a incapacidade de abandonar este vício num acto de egoísmo. Tal contribui para a inclusão das grávidas fumadoras no grupo das *más mães*, uma vez que não elegem como prioridade a satisfação das necessidades da criança, elemento essencial da ideologia da *maternalização intensiva* (Hays, 1996), mas sim as suas próprias necessidades.

É ainda de salientar que a emergência de um novo tipo de relação entre mães e peritos (Apple, 2006), anteriormente referida, é visível nos discursos acerca da gravidez em dois aspectos essenciais. Em primeiro lugar, na necessidade da mãe encontrar um obstetra em quem confie, com quem crie uma relação de empatia, e cuja forma de encarar a gravidez e o parto se aproxime daquela que a mãe possui; em segundo lugar, na preocupação em informar a mulher acerca de todos os exames a que vai ser sujeita na gravidez, a par com a apresentação das razões que justificam a sua realização, assim como das transformações por que passa não só o seu corpo, mas também o do bebé, ou seja, em transformá-la numa *quase perita*, fenómeno já identificado por Hulbert (2004).

O conhecimento mais preciso das diferentes etapas de desenvolvimento fetal, assim como das competências do feto, transforma a forma como é entendida a gravidez. Embora ainda seja considerada um tempo de espera, é também percebida como um tempo de acção, no sentido em que é tida como o momento propício para iniciar uma relação privilegiada com o bebé, quer pela mãe, quer pelo pai, que devem, desde logo, começar a comunicar com ele, falando, cantando, enfim, interagindo com o seu filho, o que constitui mais um exemplo de uma transformação no sentido da coparentalidade (Vuori, 2009).

A gravidez culmina num momento muito especial, o parto, para o qual as mulheres se devem preparar adequadamente. É neste contexto que surgem referências a iniciativas mais formais de educação para a maternidade, os cursos de preparação para o parto, cujo principal objectivo é a preparação das mães para os primeiros dias que passarão com os seus filhos, para além do ensino de técnicas de controlo da dor. Como afirma Brown (2004) depois de controlado o risco de morte materna e do parto se ter tornado um acontecimento seguro, o controlo da dor vai ser uma das áreas privilegiadas de intervenção por parte dos peritos, facilitada pela sua medicalização.

Tal como referido anteriormente, a grande maioria das mulheres portuguesas dos nossos dias tem os seus filhos no hospital, o que nos leva a afirmar que o processo de medicalização do nascimento, tal como da gravidez, está perfeitamente estabelecido no nosso país, sendo a intervenção dos peritos nestes dois momentos aceite pela maioria das mães. Contudo, e à semelhança do que aconteceu noutros países (Mathews & Zadak, 1997; Shaw, 2002), esta prática começa a ser alvo de alguma contestação. Tal é

visível no discurso das mães que escrevem para as revistas, queixando-se da forma impessoal como são tratadas nos hospitais, na descrição de intervenções médicas consideradas desnecessárias, na existência de discursos alternativos, a maioria deles em artigos escritos por jornalistas, em que se defende a humanização do parto, e ainda, e esta é a posição mais radical, a defesa do retorno aos partos em casa.

Mais concretamente, o que está patente no discurso dos autores não é a descrença no conhecimento científico, uma vez que utilizam os resultados de estudos científicos para comprovar a validade dos seus argumentos, mas sim a vontade por parte das mulheres, como referem Apple (2006) e Mathews e Zadak (1997), de terem uma papel mais activo no nascimento dos seus filhos, assim como a defesa da liberdade de escolha, da possibilidade de cada mulher ter o seu filho onde e como desejar. Estamos mais uma vez em presença da multiplicidade de caminhos de que nos fala Wagner (1998) quando se refere às características da *modernidade liberal alargada*.

Porém, e dado que a maioria dos partos se realiza, como anteriormente referido, em contexto hospitalar, ou seja, como refere Apple (2006), num ambiente totalmente estranho para a mulher, os autores vão difundir um conjunto de informações acerca deste momento, invocando para tal a necessidade de securizar as mulheres, mas aproveitando a ocasião para indicar como devem proceder, regulando desta forma o comportamento das mães. Assim, indicam quando devem ir para o hospital, como devem proceder quando lá chegam, sendo salientada a necessidade de confiarem nos médicos e, conseqüentemente, de se submeterem passivamente às suas indicações, discurso que está na origem de muitas das críticas que são feitas aos partos hospitalares (Mathews & Zadak, 1997).

O parto é ainda um momento propício ao exercício da coparentalidade (Vuori, 2009). De facto, embora ainda não seja uma realidade para todos os casais, aquilo que os discursos analisados sugerem é uma mudança de atitude em relação a este momento que se transforma numa ocasião para ser vivida a dois, em que o pai também tem o direito de participar, embora com um carácter optativo.

Realizado em contexto hospitalar, o parto é ainda o momento propício para iniciar a educação das mulheres, tal como refere Apple (2006). Inseguras, ansiosas e

inexperientes, as mães são aconselhadas a ouvir os conselhos dos peritos, preparando-se assim para a chegada a casa, ou seja, para o momento em que pela primeira vez estarão a sós com os seus bebés.

Os conselhos prestados pelos profissionais de saúde, neste contexto, parecem restringir-se aos cuidados com o corpo, aspecto que iremos abordar em seguida.

IV.4.2. Criar

Os cuidados com o corpo têm como principal objectivo assegurar a saúde da criança no presente, mas também prevenir males futuros. Tal é visível nos textos sobre a amamentação, em que se salientam não só as vantagens no momento presente, mas também as vantagens a longo prazo, transformando-se esta prática numa componente essencial das políticas de Saúde Pública (Shaw, 2003), ou seja, da promoção da saúde da população. De facto as preocupações com a alimentação das crianças relacionam-se sobretudo com a tentativa de alteração de comportamentos alimentares, designadamente daqueles causadores de obesidade, transformada num problema médico e exigindo, por esse motivo, intervenção por parte dos peritos.

Inserida, como anteriormente referido, numa campanha mais vasta de Saúde Pública e assumindo uma escala global, já que a sua promoção é defendida por organismos internacionais, como a UNICEF ou a Organização Mundial de Saúde, o combate ao desmame precoce é uma campanha em que os autores que escrevem para as revistas se vão envolver. Tal deve-se ao facto de este ser considerado o maior problema, no que diz respeito a este aspecto particular da criação das crianças, já que a maioria das mulheres opta por amamentar nos primeiros tempos de vida¹²⁸⁴.

Neste sentido vão enunciar as vantagens da amamentação para os bebés, para as mães, estratégia utilizada noutros países (Lee, 2008, Saha, 2002, Taipas, 2006, Thulier, 2009), mas também a sua importância no estabelecimento da vinculação, ou seja, da

1284 Metade das mães portuguesas (50%) amamenta os seus filhos para além do 3º mês de vida (Plano Nacional de Saúde 2004-2010)

relação especial que se estabelece naturalmente entre a mãe e o filho e que está na origem da concepção de *maternalização intensiva* (Hays, 1996). Embora se defenda que amamentar é uma opção pessoal, a enumeração constante das suas vantagens transforma-a numa das práticas da *boa mãe*, daquela que, como defende Hays (1996), põe as necessidades do filho em primeiro lugar, sendo uma ideia interiorizada pela maioria das mães que escrevem para as revistas, designadamente por aquelas que abordam este tema.

Embora a amamentação seja, em si mesma, uma questão consensual, o tempo de duração da mesma é alvo de alguma controvérsia, apresentando-se como uma das questões em que é evidente o carácter contraditório da informação disponibilizada às mães, facto referido também por Walker (2005). Enquanto alguns autores recomendam que o desmame seja realizado por volta dos seis meses, outros referem que esta é um decisão pessoal, que deve ser tomada pela díade mãe-bebé, ou seja, estamos, mais uma vez, perante a existência de uma pluralidade de caminhos, característica evidente da *modernidade liberal alargada*. É ainda de realçar que a defesa da amamentação prolongada, se insere, tal como o parto natural, numa abordagem alternativa à maternidade, que Hardyment (2008) classifica de *Green Parenting*, Bobel (2002) de *maternidade natural*, e Green e Groves (2008) de *attachment parenting*.

Estas abordagens alternativas não devem ser vistas porém, na nossa opinião, como uma contestação à ideologia dominante de maternidade, a *ideologia da maternalização intensiva* (Hays, 1996), mas como uma radicalização, no sentido em que defendem, como demonstram os autores referidos no parágrafo anterior, uma dedicação quase total da mãe ao filho, visível na adopção de práticas como o seu transporte em *slings* ou *cosleeping*, alvo de polémica nas revistas analisadas. Gostaríamos ainda de acrescentar que a sua divulgação nas revistas de educação familiar parece indicar, como referem Green e Groves (2008), que estas são práticas em expansão, adoptadas por um crescente número de mulheres, associadas a um determinado estilo de vida que engloba muitas vezes aspectos mais vastos, como a crítica ao consumismo (Bobel, 2002) ou a opção por uma alimentação orgânica (Hardyment, 2008).

Outro aspecto essencial dos cuidados com o corpo do bebé diz respeito à

higiene, transformada num momento essencial para a troca de afecto, tal como a amamentação, devido ao contacto físico que proporciona. O banho é ainda considerado como um dos momentos privilegiados para o envolvimento do pai, ou seja, para o exercício da *coparentalidade* (Vuori, 2009), sendo realçado o papel que desempenha no reforço da vinculação entre pai e filho. Como afirmam Groenendijk e Bakker (2002) assiste-se a uma valorização da proximidade física entre pais e filhos, sendo o toque considerado a melhor forma de satisfazer duas das necessidades essenciais das crianças, a necessidade de se sentir amada e de se sentir segura (Pringle, 2000).

A necessidade de se sentir segura (Pringle, 2000) é ainda satisfeita pela introdução de rotinas, no que diz respeito à higiene, ao sono ou à alimentação, elemento valorizado no discurso dos autores.

Gostaríamos, porém, de salientar que em relação ao sono, embora seja referida a importância para a criança de dormir bem, designadamente para o seu desenvolvimento físico, garantida exactamente pela presença desde cedo das rotinas, este aspecto também é considerado essencial para o bem-estar da mãe e do resto da família, o que interpretamos como mais uma manifestação da transformação do que designamos, na análise dos discursos sobre a gravidez, da *mãe como pessoa*, visível na constatação de que tem que existir um equilíbrio entre a satisfação das necessidades da criança e as necessidades da mãe.

Para além das questões que temos vindo a mencionar, no que diz respeito aos discursos sobre a criação é ainda visível a preocupação com a preservação do corpo da criança e com a garantia da sua sobrevivência, componente central, segundo Rudick (1989), do pensamento maternal, especialmente visível nos discursos relacionados com a segurança infantil, designadamente no que diz respeito à prevenção de acidentes, uma das principais causas de mortalidade infantil nos nossos dias, razão pela qual é, como referem Brannen (2004) e Hardyment (2008), especialmente valorizada no discurso dos autores.

Embora a doença não seja vista como uma ameaça à sobrevivência da criança, excepto em casos muito pontuais relacionados com doenças específicas, como é o caso da meningite ou do cancro infantil, esta continua a ser um motivo de preocupação para

as mães, que escrevem para as revistas procurando informação sobre o que fazer quando a criança está doente ou, então, para pedir uma segunda opinião, ou seja, para validar a informação disponibilizada pelo seus médicos, o que pode ser interpretado como sinal do que Giddens (2005) designa de *consciência dos limites da pericialidade*, consequência inevitável da *modernidade radicalizada* ou da *modernidade liberal alargada*, se quisermos adoptar a designação proposta por Wagner (1998).

Contudo, apesar desta *consciência dos limites de pericialidade*, a procura de uma segunda opinião, junto de outros peritos, significa, na nossa opinião, que uma das dimensões essenciais da *maternalização intensiva*, a ideia de que os comportamentos maternos devem ter por base o conhecimento científico, que também está na origem da procura de informação que parece caracterizar as mães dos nossos dias, como verificaram diversos autores (Apple, 2006; Athea, 2003; Civitas, ZerotoThree, & Brio, 2000; Geboy, 1981; Hays, 1996; Shwalb, Kaway, Shoji, & Tsunetsugu, 1995; Smith, 1997; Walker, 2005), está interiorizada pela mães, fazendo parte da vivência quotidiana da maternidade.

Aliás, é de referir que a vigilância médica da criança, isto é, a consulta de rotina, parece ser uma realidade para grande parte das crianças portuguesas ou, pelo menos, é assumida como tal pelos autores que escrevem nas revistas, uma vez que nos textos sobre este assunto nunca é mencionada a necessidade de levar a criança periodicamente ao médico, o que interpretamos como um sinal de que esta é uma prática geralmente aceite. Contudo, este é mais um tema em que está patente, tal como já se havia referido em relação à gravidez, uma transformação na relação entre mães e peritos, relatada também por Apple (2006) e Hulbert (2004), assim como um alargamento das funções da mãe, visível, por exemplo, na maior autonomia que lhe é dada no tratamento da criança doente.

Mais concretamente, a mãe é aconselhada a escolher um médico de confiança, com quem consiga estabelecer uma relação de empatia, com disponibilidade para ela e para a criança, um ajudante na tarefa não só da criação, mas também da educação. Ou seja, mais do que as qualidades técnicas do médico o que é realçado no discurso dos autores são as qualidades relacionais, designadamente, como salienta Apple (2006), a capacidade de estabelecer uma parceria.

No que diz respeito à maior autonomia concedida à mãe no tratamento da criança doente tal poderá estar relacionado com o facto de a maioria das doenças que afectam actualmente as crianças ser pouco grave, mas também de se considerar que a mãe se encontra melhor informada. A mãe transforma-se, assim, na principal responsável pelo tratamento dos pequenos males que afectam as crianças, tais como gripes, constipações, ou perturbações intestinais, estando a ida ao médico reservada apenas para doenças mais graves ou que exijam a prescrição de medicação específica, com é o caso das infecções bacterianas.

A educação assume uma especial importância, demonstrada pela atenção que os autores e as mães que escrevem para as revistas lhe concedem. Tal poderá estar relacionado, como é defendido por diversos autores (Arnup, 1994; Grant, 1998; Groenendijk & Bakker, 2002; Rose, 1999a), com a diminuição das taxas de mortalidade infantil, o que permite que os peritos, resolvido o problema das ameaças à sobrevivência da criança, se concentrem nas duas componentes restantes das preocupações maternas (Ruddick, 1989), a promoção do desenvolvimento e a socialização das crianças.

IV.4.3. Educar

A intensificação do interesse pelo estudo da relação mãe-criança, por parte dos peritos *psi*, que ocorre sobretudo a partir dos anos 50, permite identificar um conjunto de ameaças ao seu bem-estar presente e futuro. Mais concretamente, permite salientar a influência que essa relação exerce no desenvolvimento da criança, profundamente dependente da sua qualidade (Rose, 1999a; Hollway, 2006).

Um elemento essencial para a qualidade dessa relação ou para aquilo que Bowlby designa de estabelecimento de uma vinculação segura, é a capacidade da mãe entender e satisfazer as necessidades do filho, um dos princípios em que assenta a ideologia da *maternalização intensiva* (Hays, 1996) e que, como afirma Singly (2000), é um elemento central da educação contemporânea.

Esta não é porém a única competência que as mães devem desenvolver. As mães devem ainda ter paciência, disponibilidade (Pitt, 2002), empatia e mais do que isso,

devem reflectir sobre as suas práticas, modificando-os se necessário, ou seja, devem auto-monitorizar o seu comportamento (Miller, 2005).

Como refere Pringle (2000) uma das necessidades da criança, que as mães devem satisfazer, é a necessidade de amor e segurança, aspecto anteriormente referido quando mencionámos a importância atribuída às rotinas ou à valorização do contacto físico. Contudo, para que as crianças desenvolvam esse sentimento de segurança e se sintam amadas é necessário assegurar que o ambiente familiar tem as características adequadas para o seu desenvolvimento.

Esse sentimento de segurança é garantido, de acordo com Singly (2000), pela permanência das pessoas que a rodeiam, motivo pelo qual, num mundo em que o divórcio se encontra em ascensão, se dá particular atenção, nos discursos reproduzidos nas revistas, à importância de se assegurar que, no caso de tal suceder, a criança mantenha o contacto com os dois progenitores, posição dominante também no discurso legal sobre este tema, como verificaram Kurki-Suoni (2000) e Rhoades (2002). Os estudos sobre o impacto psicológico que este acontecimento poderá ter na vida da criança são frequentemente mencionados, embora também haja manifestações da opinião contrária, salientando-se que tudo dependerá da forma como os pais lidam com o processo ou, mais concretamente, as mães, dado que são estas que ficam responsáveis, na maioria dos casos, pelas crianças.

Contudo, e tal como referido anteriormente, embora a questão da relação conjugal seja considerada importante, o que é mais valorizado neste contexto é a qualidade da relação mãe-criança, sendo evidente no discurso dos autores a influência das teorias da vinculação (Badinter, s.d.; Franzblau, 1999; Green & Goldwin, 2002; Hays, 1996). Tida como a influência mais decisiva e permanente na vida da criança, a qualidade da relação que a mãe estabelece com o filho influencia o seu desenvolvimento emocional, social e cognitivo, ou seja, não só o seu bem-estar presente, mas também futuro. Tal contribui, como referem diversos autores (Caplan, 1998; Groenendijk & Baker, 2002; Hays, 1996; Knibiehler, 2000; Vanobbergen, 2008), para uma maior responsabilização das mães o que poderá contribuir para a emergência de sentimento de culpa, descritos pelas mães que escrevem para as revistas e também identificados noutros estudos sobre a maternidade (Ducan, Edwards, Reynolds, & Alldred, 2003;

Elvin-Nowak, 1999; Hattery, 2001; Monteiro, 2005; Rubin & Wooten, 2007).

Para além de manter uma relação de qualidade com o seu filho, a mãe deve ainda promover o seu desenvolvimento, isto é, satisfazer a necessidade de novas experiências (Pringle, 2000). Para tal deverá ter conhecimentos acerca das competências associadas a cada faixa etária, assim como das actividades que poderá realizar para as promover. Esta preocupação com o desenvolvimento cognitivo está relacionada com a maior atenção dada às crianças pequenas, designadamente aos bebés, pela psicologia cognitiva, que teve como principais consequências o recuo das idades educativas (Burman, 2000) e a curricularização da aprendizagem doméstica (Buckingham & Scanlon, 2001; Rose, 1999a).

Mais concretamente, o desenvolvimento das competências cognitivas e sociais das crianças deve ser iniciado desde muito cedo, sendo atribuído às mães um papel activo neste processo. Os autores salientam a importância da mãe brincar com a criança, aproveitando esta oportunidade para desenvolver competências como o raciocínio ou a linguagem, escolher brinquedos estimulantes, levá-la a museus e a teatros e, mais do que isso, aproveitar todas as oportunidades do quotidiano para promover o desenvolvimento cognitivo da criança.

O quotidiano das crianças é assim vivido com uma preocupação constante com o didáctico, fenómeno já referido por Buckingham e Scanlon (2001), e que começa, como os nossos resultados demonstram, a ser alvo de contestação por parte de alguns peritos. Esta preocupação excessiva dos pais com o que Singly (2000) designa de desenvolvimento do potencial da criança, tem como consequência, por vezes, o seu envolvimento num conjunto excessivo de actividades que, como os seus críticos referem, não deixa tempo livre à criança, designadamente, para brincar, ou seja, para desempenhar o *ofício da infância* (Chamboredon & Prévot, 1982).

Para além do desenvolvimento cognitivo, outro aspecto essencial para o bem-estar presente e futuro da criança é o seu desenvolvimento emocional. Profundamente influenciado, como anteriormente referido, pela qualidade da relação que a mãe estabelece com a criança, pela sua disponibilidade, o que é salientado pelos autores, em consequência da entrada das mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, da

diminuição da quantidade de tempo que estão perto dos seus filhos, é a importância da disponibilidade psicológica, profundamente relacionada com a emergência do conceito de *tempo de qualidade*, amplamente difundido nos *media*, como verificaram Kremer-Sadlik e Paugh (2007).

Outra das necessidades da criança, identificada por Pringle (2000), é a necessidade de elogios e de reconhecimento, considerados, no discurso dos autores, elementos essenciais para o desenvolvimento da auto-estima, pelo qual são responsabilizados os pais (Briggs, 2009).

A criança tem ainda a necessidade de desenvolver o sentido de responsabilidade (Pringle, 2000), necessidade essa que é satisfeita através da sua educação moral. Mais concretamente, a participação da criança nas tarefas domésticas é vista não como uma forma de auxiliar os restantes membros da família, ou seja, com uma função instrumental, mas como um elemento essencial para o desenvolvimento nas crianças do sentido de responsabilidade, essencial para a sua integração social, ou seja, com uma função educativa.

Para ser responsável e mais concretamente para se transformar num adulto socialmente integrado, a criança deverá ainda ter consciência de que existe um conjunto de regras e de normas que deve respeitar, ou seja, de entender que existem limites para as suas acções. Disciplinar os filhos é, assim, também uma função das mães e no exercício da qual elas parecem ter, pelo que é visível no discurso dos autores e documentado por algumas mães que escrevem para as revistas, grandes dificuldades.

A disciplinarização das crianças é a área em relação à qual os pais são mais fortemente criticados, designadamente, pela excessiva permissividade na educação das crianças, pela ausência de disciplina (Singly, 2000; Scott, 2000), considerado um problema da sociedade actual. Tal é atribuído, entre outros factores, à crescente culpabilidade das mães por terem menos tempo para estar com os seus filhos (Ducan, Edwards, Reynolds, & Alldred, 2003; Elvin-Nowak, 1999; Hattery, 2001; Monteiro, 2005; Rubin & Wooten, 2007).

Os pais são alertados para as consequências nefastas quer para as crianças, quer para si próprios, quer para a sociedade, deste tipo de educação, que está na origem de

um fenómeno designado de *crianças tiranas*, sendo aconselhados a educar os seus filhos com autoridade, mas sem autoritarismo.

Em suma, podemos dizer que, tal como afirma Sunderland (2006), a representação de maternidade veiculada nas revistas de educação familiar apresenta ainda muitos traços de uma imagem tradicional, muito próxima da *ideologia da maternalização intensiva* (Hays, 1996). Tal é visível na importância atribuída à aquisição de conhecimento científico, assim como na centração do discurso na satisfação das necessidades da criança, que deve ser assegurada, principalmente nos primeiros anos, pela mãe. Existem também sinais de transformação, que indiciam um movimento na direcção da *coparentalidade* (Vuori, 2009), visível na presença do pai no parto, ou nas referências à necessidade de este participar activamente na criação e educação dos filhos.

No que diz respeito ao currículo da *boa mãe* definido nas revistas analisadas, ou seja, às práticas associadas ao bom exercício de maternidade, aquilo que se salienta é a sua definição em torno de um só conceito, ou seja, da satisfação das necessidades da criança. Uma *boa mãe* é assim aquela que, para além de salvaguardar a saúde do seu filho, satisfaz as suas necessidades de amor e segurança, de novas experiências, de elogios e reconhecimento, de responsabilidade.

IV.5. ANÁLISE COMPARATIVA – DO PÓS-II GUERRA MUNDIAL À PRIMEIRA DÉCADA DO SÉCULO XXI

A escolarização das mulheres, assim como a generalização do acesso aos cuidados médicos, elementos facilitadores da aquisição de informação acerca das práticas da maternidade, transformou as mães *ignorantes* do 1º Período: 1945 a 1958 nas mães *inseguras* do 2º Período: 1994 a 2007, classificações que servem para legitimar a intervenção dos peritos na regulação dos comportamentos maternos, embora sejam invocados motivos diferentes. Enquanto no 1º Período: 1945 a 1958 o argumento invocado é a necessidade de educar as mães, de lhes transmitir os princípios científicos de criação e educação das crianças, no 2º Período: 1994 a 2007 esta intervenção é

justificada pela necessidade da securização das mães, pela promoção das suas competência maternas.

A necessidade da *boa mãe* basear as suas práticas no conhecimento científico, identificada por Hays (1996) como uma das componentes da *ideologia da maternalização intensiva*, está presente nos dois períodos de tempo analisados. Tal é visível nas referências à necessidade de seguir as recomendações dos médicos, de conhecer as diferentes etapas do desenvolvimento infantil ou, ainda, de saber quais os métodos adequados para desenvolver determinadas competências na crianças, como é o caso da Educação Sensorial, no 1º Período: 1945 a 1958, ou das estratégias para promover o seu desenvolvimento cognitivo, referidas no 2º Período: 1994 a 2007.

Contudo, a relação com os médicos, um dos *pontos de acesso* ao conhecimento científico (Giddens, 2005), modificou-se profundamente. Enquanto no 1º Período: 1945 a 1958, esta é uma relação onde o médico tem o poder total, no sentido em que a mãe se deve submeter a todas as prescrições por ele ditadas, no 2º Período: 1994 a 2007, esta é uma relação de parceria, onde a mãe tem direito a ser ouvida e, inclusivamente, a escolher aquele que considera o médico mais adequado para ela e para o seu filho. Considera-se ainda no 2º Período: 1994 a 2007 que a mulher tem direito a ter acesso a um conjunto de informações, tais como aquelas relacionadas com a gravidez e o parto, para que essas escolhas sejam realizadas de um modo consciente, informado, contrariamente ao que acontece no 1º Período: 1945 a 1958, em que as informações de carácter mais técnico raramente são divulgadas.

Apesar da modificação do tipo de relação que se estabelece, o médico continua a ser considerado o principal garante da saúde da criança, quer durante a gestação, quer depois do nascimento, assistindo-se, durante a segunda metade do século XX, a uma crescente medicalização da infância, designadamente com a extensão da sua acção, possibilitada através da generalização do acesso aos cuidados de saúde a populações que no 1º Período: 1945 a 1958, como é documentado nos nossos dados, a eles não tinham acesso.

Outra das dimensões da *ideologia da maternalização intensiva* é a responsabilização da mãe pela criação e educação dos seus filhos (Hays, 1996),

presente, como anteriormente referido, nos discursos publicados nas *revistas de educação familiar* nos dois períodos de tempo analisados. Tida como uma consequência natural da condição feminina, no 1º Período: 1945 a 1958, a responsabilização da mãe é justificada, no 2º Período: 1994 a 2007, pela especificidade da relação que estabelece com o seu filho, ou seja, por um discurso psicológico que tem origem nas teorias da vinculação e que defende a existência de uma ligação privilegiada entre mãe e criança, para a qual as mulheres estão biologicamente predispostas.

Pensamos, porém, que é possível que estejamos no início de uma outra *revolução silenciosa*, utilizando o termo proposto por Goldin (2006), quando se refere ao acesso das mulheres ao mercado de trabalho. Quase ausente no 1º Período: 1945 a 1958, o pai começa a ser considerado, quer no discurso dos autores, quer no discurso das mães, como um parceiro que também deve ser responsabilizado pela criação e educação dos seus filhos. Embora ainda lhe seja muitas vezes atribuído um papel em *part-time*, como refere Sunderland (2006), com carácter optativo, esta transformação nos discursos pode ser interpretado como um sinal de um movimento no sentido do modelo da *família democrática* (Giddens, 2000) ou da *coparentalidade* (Vuori, 2009).

A intensificação dos métodos de criação e educação das crianças, outra das dimensões da *ideologia da maternalização intensiva* (Hays, 1996), é especialmente visível no 2º Período: 1994 a 2007. Mais concretamente, enquanto no 1º Período: 1945 a 1958 se considera que a mãe deve ser uma vigilante atenta do seu filho, não devendo intervir na sua ocupação natural, a actividade lúdica, mas sim criar condições para que esta se possa realizar, no 2º Período: 1994 a 2007 considera-se que a mãe deve ser uma participante nessa mesma actividade, desempenhando um papel activo nas brincadeiras da criança.

Esta intensificação dos métodos de criação e educação das crianças é particularmente visível nos discursos acerca da promoção do desenvolvimento cognitivo, em que se recomenda a realização de um conjunto de actividades que, como refere Hays (1996), são dispendiosas em termos de tempo e dinheiro, assim como no fenómeno que Buckingham e Scanlon (2001) designam de curricularização das actividades domésticas, que transforma o quotidiano das mães e das crianças numa sucessão de actividades educativas.

Assiste-se, neste contexto, a uma crescente preocupação com a educação da criança, assim como ao recuo das idades educativas, como é referido por Chamboredon e Prevot (1982), designadamente no que diz respeito ao desenvolvimento cognitivo. Para tal contribuiu o discurso psicológico acerca das competências dos bebés, oriundo da psicologia cognitiva e do desenvolvimento, que transformou profundamente a visão desta idade da vida. Concebida, no 1º Período: 1945 a 1958, como uma idade em que apenas é necessário assegurar a sobrevivência da criança, nem sempre tarefa fácil como demonstram os valores das taxas de mortalidade infantil, no 2º Período: 1994 a 2007 esta passa a ser considerada como uma idade para aceder à educação.

Parece-nos, assim, pela análise dos discursos veiculados nas *revistas de educação familiar*, que o modelo dominante no 2º Período: 1994 a 2007, à semelhança do que já havia sido identificado por outros autores em relação a outros países (Arendell, 2000; Bell, 2004; Hattery, 2001; Johnston & Swanson, 2006; Lareau, 2003) e por Monteiro (2005), relativamente a Portugal, é o modelo de *maternalização intensiva*. Gostaríamos, porém, de salientar a existência de formas diferentes de o exercer, algumas ainda alvo de polémica, tais como o parto natural, o *cosleeping* ou o aleitamento prolongado, relacionados com modelos alternativos, descritos por Bobel (2002), Green e Groves (2008) e Hardyment (2008).

Podemos então afirmar que enquanto no 1º Período: 1945 a 1958 o que se propõe é a adesão a um modelo único de maternidade, onde não há espaço para ambiguidades, próprio do que Wagner (1998) designa de *modernidade organizada*, no 2º Período: 1994 a 2007, apesar de ser possível identificar uma concepção dominante, a forma como é desempenhada a função maternal é sujeita a muitas variações, existindo para cada situação específica um conjunto de caminhos que mãe e criança podem tomar, ou seja, uma multiplicidade de escolhas, própria de um período de *modernidade liberal alargada*.

Ao divulgarem estes modelos as revistas contribuem para a sua interiorização pelas mulheres que as lêem, constituindo, assim um instrumento de educação informal para a maternidade, que as mães activamente procuram. Tal é visível, nos dois períodos de tempo analisados, nas cartas que as mães escrevem solicitando informações, pedindo orientações ou simplesmente partilhando a sua experiência de maternidade. Estas cartas

revelam ainda, como afirma Apple (2006), que na origem da adesão a esta ideia de *educação para a maternidade*, se encontra o desejo das mães de criarem e educarem os seus filhos da melhor forma possível, assegurando a sua sobrevivência e preparando-os para a vida em sociedade.

Este não é, porém, o único aspecto que os dois períodos têm em comum. A divulgação das etapas de desenvolvimento, quer físico, quer psicológico, ou seja, o que Rose (1999b) designa de *construção da criança normal*, é uma característica dos dois períodos, e também, em ambos os intervalos de tempo, uma fonte de ansiedade para as mães, como é documentado nas cartas que escrevem para as revistas. São essas ansiedades que vão constituir, precisamente, o ponto de acesso dos peritos à regulação dos comportamentos maternos, ou seja, é a promessa da transformação da criança num adulto saudável, feliz e socialmente integrado que está na origem da procura, pelas mães, de informação sobre a melhor forma de criar e educar os seus filhos, constituindo as *revistas de educação familiar* uma das fontes a que as mães recorrem para adquirir esse tipo de conhecimentos.

Em síntese, podemos afirmar que apesar da existência de alguns aspectos comuns, como aqueles que acabámos de mencionar ou ainda na prevalência da ideia, ao longo da segunda metade do século XX, de que a mãe é a principal responsável pela criação e educação dos seus filhos, o que a análise comparativa entre o 1º Período: 1945 a 1958 e o 2º Período: 1994 a 2007 permite salientar é a existência de profundas diferenças, quer na forma com as mães são representadas, quer naquelas que são consideradas as práticas de uma *boa mãe*, fruto do desenvolvimento das *ciências da infância*, tais como a pediatria e a psicologia do desenvolvimento, assim como de todas as transformações sociais que ocorreram no nosso país na última metade do século XX.

CONCLUSÃO

Este estudo tem como grande objectivo a caracterização e análise do discurso veiculado pelas *revistas de educação familiar*, ou seja, aquelas que têm como razão de existir a educação das mães, sobre a representação e a prática da maternidade. Mais concretamente, pretendeu-se através dessa caracterização e análise, compreender não só as concepções de maternidade veiculadas pelas revistas, mas também os discursos sobre a geração, criação e educação das crianças em idade pré-escolar, por ser nesta idade que o desenvolvimento da criança é alvo de maior monitorização e, também, por se considerar que a influência exercida pela mãe é mais determinante nesta faixa etária.

Esta análise, como foi detalhadamente explicado no Capítulo II, incidiu em dois períodos de tempos distintos: 1º Período: 1945 a 1958 e 2º Período: 1994 a 2007.

Como primeiro resultado deste estudo, salientamos as profundas implicações que as grandes transformações que ocorrem na sociedade portuguesa, na segunda metade do século XX, das quais destacamos o acesso generalizado aos cuidados de saúde, a entrada das mulheres no mercado de trabalho, a difusão de métodos contraceptivos de alta eficácia e o aumento do nível de escolaridade da população feminina, vão exercer nos discursos reproduzidos nas *revistas de educação familiar*, quer sejam escritos por peritos, por mães ou por jornalistas, e que constituem indicadores significativos da passagem de uma fase de *modernidade organizada* para um período de *modernidade liberal alargada*.

Em consequência, é confirmada a ideia que constituiu um dos pontos de partida para este estudo, e que nos levou a optar por uma perspetivação histórica: a de que a maternidade, embora seja inegável o seu carácter biológico, é uma realidade socialmente construída. Conclui-se, assim, que a definição de *boa mãe*, assim como das práticas associadas ao bom exercício da maternidade, são determinada pelo contexto histórico e social em que se exerce a função maternal.

Outro aspecto importante a salientar, está relacionado com a necessidade de educar as mães, tema recorrente no 1º Período: 1945 a 1958, sendo substituído no 2º

Período: 1994 a 2007 pela necessidade de securizar as mães, de auxiliar as mulheres a desenvolver um sentimento de auto-competência, de auto-confiança. Conclui-se que, em relação à *concepção de maternidade*, a mãe educada, conhecedora e rigorosa cumpridora dos princípios científicos de criação e educação das crianças é substituída pela mãe com *bom-senso*, equilibrada e com sensibilidade para identificar e responder às necessidades específicas do seu filho.

Tal deriva também de uma profunda transformação na forma como o conhecimento científico é encarado. Mais concretamente, a crença de que a ciência será a solução para todos os males, a ideia de que basta seguir as instruções fornecidas pelos médico para que tudo corra bem, é substituída, na actualidade, por uma maior noção dos limites da pericialidade, responsável, pelo menos em parte, pela emergência de diferentes formas de ser mãe, de diferentes caminhos, característica do período de *modernidade liberal alargada*, em que presentemente nos encontramos.

Para além da concepção de maternidade, este estudo permitiu identificar um conjunto de práticas e comportamentos considerados próprios de uma *boa mãe*. Antes do nascimento da criança, ou seja, durante o período concepcional e a gestação, a *boa mãe* é aquela que segue as recomendações do médico que, aliás, consulta periodicamente, aspectos considerados de grande importância em ambos os períodos de tempo estudados. Contudo, devemos realçar que no 1º Período: 1945 a 1958, os discursos acerca desta prática podem ser considerados como *imaginários*, no sentido em que descrevem um comportamento maternal dificilmente concretizado pela grande maioria das mulheres, devido às dificuldades de acesso aos cuidados médicos.

Verificámos também que a principal função da *boa mãe*, no que se refere à criação das crianças, varia nos dois períodos de tempo analisados. Enquanto no 1º Período: 1945 a 1958 a grande preocupação da *boa mãe* é assegurar a sobrevivência da criança, assim como a constituição de um corpo forte e vigoroso, inculcando, desde cedo, hábitos de disciplina, no 2º Período: 1994 a 2007, para além da prevenção da doença, designadamente das alergias e da obesidade, e dos acidentes, a *boa mãe* é aquela que aproveita todos os momentos relacionados com os cuidados com o corpo como, por exemplo, o banho e a alimentação, para satisfazer a necessidade de amor e segurança do seu filho.

Por último, e no que diz respeito à educação, também encontramos diferenças importantes. Enquanto no 1º Período: 1945 a 1958 as atenções se centram sobretudo na preparação da criança para a vida em sociedade, conseguida através da sua disciplinarização e do exemplo, razão pela qual a *boa mãe* tem que ter diante do seu filho um comportamento exemplar, no 2º Período: 1994 a 2007 a *boa mãe* é aquela que está emocionalmente disponível, que estabelece uma relação de qualidade com o seu filho, mas que também se preocupa com o seu futuro, investindo tempo e dinheiro, desde muito cedo, na sua educação.

Em suma, no que diz respeito aos discursos acerca da geração, criação e educação das crianças em idade pré-escolar podemos concluir que, enquanto no 1º Período: 1945 a 1958 estes se inserem em preocupações mais vastas relacionadas com a qualidade das populações e com a construção de *corpos disciplinados e submissos*, no 2º Período: 1994 a 2007 o elemento central é a satisfação das necessidades da criança, a garantia do seu bem-estar presente e futuro, tarefa pela qual a mãe ainda é considerada a principal responsável. Contudo, verifica-se de uma forma tímida uma possível transformação no sentido da *coparentalidade*, que pode ser visível na possibilidade de presença do pai no parto, na licença de paternidade concedida após o nascimento da criança e, sobretudo, nas recomendações relacionadas com a importância da participação activa do pai na criação e educação dos seus filhos.

Apesar de pensarmos que, com este estudo, contribuímos para um melhor conhecimento de uma realidade que, de uma maneira directa ou indirecta, nos afecta a todos nós, as concepções e as práticas de maternidade, também temos consciência das suas limitações, as quais serão abordadas em seguida.

Assim, pode ser considerada uma limitação, o facto de termos optado por um único tipo de fonte, as *revistas de educação familiar*, dado que a generalização que se pode obter a partir dos resultados é assim constrangida. Contudo, em relação a esta questão gostaríamos de referir que todos os argumentos utilizados no Capítulo II, acerca da importância deste tipo de fontes, foram por nós verificados. Apesar de não ser possível, de facto, generalizar os nossos resultados, as revistas de *educação familiar* permitiram-nos aceder a uma multiplicidade de vozes – médicos, psicólogos, mães – assim como a uma reflexão muito próxima do real, que de outra forma, especialmente

no que diz respeito ao 1º Período: 1945 a 1958 do estudo, dificilmente teria sido conseguido.

Por último, gostaríamos de referir as possibilidades que este estudo proporciona para futuras investigações. Nomeadamente, o estudo do mesmo objecto através da utilização de outro tipo de fontes, quer dos peritos ou daqueles que estiveram ou estão ainda envolvidos em iniciativas de educação para a maternidade, o que contribuiria para uma compreensão mais alargada desta realidade, quer das mães, de forma a entender a influência exercida pelas concepções e pelas práticas de maternidade, veiculadas pelas *revistas de educação familiar*, nos comportamentos maternos, ou seja, na forma como as mulheres criam e educam os seus filhos. A análise do período de tempo intercalar, isto é, as décadas de 60 e 70, poderia permitir, por sua vez, a identificação dos vários momentos de mudança dos discursos, assim como entender quais os factores que mais contribuíram para essas transformações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E FONTES

1. Referências bibliográficas

- Aboim, S., Cunha, V., & Vasconcelos, P. (2005). Um primeiro retrato das famílias em Portugal. In K. Wall (Ed.), *Famílias em Portugal* (pp. 51-81). Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais.
- Abramovitz, M. (1996). *Regulating the lives of women: Social welfare policy from colonial times to the present*. Boston: South End Press.
- Abugideiri, H. (2004). The scientisation of culture: Colonial medicine's construction of Egyptian womanhood, 1893–1929. *Gender & History*, 16(1), 83-98.
- Aiston, S. (2005). A maternal identity? The family lives of British women graduates pre- and post-1945. *History of Education*, 34(4), 407-426.
- Ahlberg, J., Roman, C., & Duncan, S. (2008). Actualizing the "Democratic Family"? Swedish policy rhetoric versus family practices. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 15(1), 69-100.
- Allen, A. T. (2005). *Feminism and motherhood in Western Europe, 1890-1970*. New York: Palgrave Macmillan Press.
- Alwin, D. F. (2007). Parenting practices. In J. Scott, J. Treas, & M. Richards (Eds.), *The Blackwell Companion to the Sociology of Families* (pp. 142-157). Oxford: Blackwell Publishing.
- Almeida, A. N. (2003). Família, conjugalidade e procriação: Valores e papéis. In J. Vala, M. V. Cabral & A. Ramos (Eds.), *Valores sociais: Mudanças e contrastes em Portugal e na Europa* (pp. 47-93). Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais.
- Almeida, A. N., Vilar, D., André, I., & Lalandia, P. (2004). *Fecundidade e contraceção: Percursos de saúde reprodutiva nas mulheres portuguesas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Anónimo (1942). A primeira jornada das Mães de Família. *Separata da Imprensa Médica*, VIII (11), 1-12.
- Apple, R. D. (2006). *Perfect motherhood: Science and childrearing in America*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

- Arendell, T. (2000). Conceiving and investigating motherhood: The decade's scholarship. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 1192-1207.
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17(3), 393-404.
- Arnup, K. (1994). *Education for motherhood: Advice for mothers in twentieth-century Canada*. Toronto: University of Toronto Press.
- Athea, C. A. (2003). Disciplinary practices with children: Parental sources of information, attitudes, and educational needs. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26(2), 89-101.
- Avishai, O. (2007). Managing the lactating body: The breast-feeding project and privileged motherhood. *Qualitative Sociology*, 30(2), 135–152.
- Badinter, E. (s.d.). *O amor incerto: História do amor maternal do séc. XVII ao séc. XX*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Baganha, M. I., Pires, S., & Ribeiro, J. S. (2002). *O Sector da Saúde em Portugal – Funcionamento do Sistema e Caracterização Sócio-Profissional* (Oficina do CES Working Paper, 182). Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Bailey, L. (1999). Refracted selves? A study of changes in self-identity in the transition to motherhood. *Sociology*, 33(2), 335-352.
- Bandeira, M. (1996). *Demografia e modernidade: Família e transição demográfica em Portugal*. Lisboa: Imprensa Nacional.
- Barker, K. K. (1998). A ship upon a stormy sea: The medicalization of pregnancy. *Social Science & Medicine*, 47(8), 1067-76.
- Barlow, J. & Stewart-Brown, S. (2001). Understanding parenting programmes: Parent's views. *Primary Health Care Research and Development*, 2(2), 117-130.
- Barreto, A. (1996). Três décadas de mudança social. In A. Barreto (Org.), *A situação social em Portugal, 1960-1995* (pp. 35-60). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Bassin, D., Honey, M., & Kaplan, M. (1996). *Representations of motherhood*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Bell, S. E. (2004). Intensive performances of mothering: A sociological perspective. *Qualitative Research*, 4(1), 47-75.
- Beatty, B., Cahan, E. D., & Grant, J. (2006). Introduction. In B. Beatty, E. D. Cahan, &

- J. Grant (Eds.), *When science encounters the child: Education, parenting and child welfare in the 20th-century America* (pp. 1-15). New York: Teachers College Press.
- Beekman, D. (1977). *The mechanical baby: A popular history of the theory and practice of child raising*. London: Dennis Dobson.
- Belo, M., Alão, A. P., & Cabral, I. N. (1987). O Estado Novo e as mulheres. In AA. VV. (Ed.), *O Estado Novo: Das origens ao fim da autarcia* (Vol. 2, pp. 263-279). Lisboa: Fragmentos.
- Bemiller, M. (2010). Mothering from a distance. *Journal of Divorce & Remarriage*, 51(3), 169-184.
- Bennett, H. A., Boon, H. S., Romans, S. E., & Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy – a qualitative study. *BMC Women's Health*, 7(13), 1-14.
- Bianchi, S. M. (2000). Maternal employment and time with children: Dramatic change or surprising continuity? *Demography*, 37(4), 401-414.
- Billari, F. C. (2005). Europe and its fertility: From low to lowest low. *National Institute Economic Review*, 194(1), 56-73.
- Biringen, Z., Matheny, A., Bretherton, I., Renouf, A., & Sherman, M. (2000). Maternal representation of the self as parent: connections with maternal sensitivity and maternal structuring. *Attachment & Human Development*, 2(2), 218-232.
- Bloch, M., & Popkewitz, T. (2000). Construindo a criança e a família: Registos de administração social e registos de liberdade. In A. Nóvoa, & J. Schriewer (Eds.), *A difusão mundial da escola* (pp. 33 - 68). Lisboa: Educa.
- Bobel, C. (2002). *The paradox of natural mothering*. Philadelphia: Temple University Press.
- Boltanski, L. (1977). *Prime éducation et morale de classe*. Paris: EHESS.
- Boulton, M. G. (1983). *On being a mother: A study of women with preschool children*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brannen, J. (2004). Childhood across generations: Stories from women in four-generation English families. *Childhood*, 11(4), 409-428.
- Briggs, M. (2009). BBC children's television, parentcraft and pedagogy: Towards the 'ethicalization of existence'. *Media, Culture & Society*, 31(1), 23-39.

- Brodmann, S., Esping-Andersen, G., & Guell, M. (2007). When fertility is bargained: Second births in Denmark and Spain. *European Sociological Review*, 23(5), 599-613.
- Brouwere, V. (2007). The comparative study of maternal mortality over time: The role of the professionalisation of childbirth. *Social History of Medicine*, 20(3), 541-562.
- Brown, P. (2004). *Eve: Sex, childbirth and motherhood through the ages*. Chichester: Summersdale.
- Bulanda, R. E. (2004). Paternal involvement with children: The influence of gender ideologies. *Journal of Marriage and Family*, 66(1), 40-45.
- Buckingham, D., & Scanlon, M. (2001). Parental pedagogies: An analysis of British 'edutainment' magazines for young children. *Journal of Early Childhood Literacy*, 1(3), 281-299.
- Burman, E. (2000). *Deconstructing developmental psychology*. London: Routledge.
- Buxton, J. (1998). *Ending the mother war: Starting the workplace revolution*. London: MacMillan.
- Cahan, E. D. (2006). Toward a socially relevant science: Notes on the history of child development research. In B. Beatty, E. D. Cahan, & J. Grant (Eds.), *When science encounters the child: Education, parenting and child welfare in the 20th-century America* (pp. 16-34). New York: Teachers College Press.
- Campenhoudt, L. V. (2003). *Introdução à análise dos fenómenos sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Candeias, A. (2005). Modernidade, educação, criação de riqueza e legitimação política nos séculos XIX e XX em Portugal. *Análise Social*, XI(176), 477-498.
- Candeias, A. (2004). *Alfabetização e escola em Portugal nos séculos XIX e XX: Os censos e as estatísticas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Caplan, P. J. (1998). Mother-blaming. In M. Ladd-Taylor, & L. Umansky (Eds.), *"Bad" mothers: The politics of blame in twentieth-century America* (pp. 127-144). New York: New York University Press
- Carmo, I. (1993). *Saúde em tempos de risco*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Carneiro, M. (2008). *Ajudar a nascer: Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*. Porto: Universidade do Porto.
- Caspard, P., & Caspard, P. (1997). *Imprensa pedagógica e formação contínua de*

- professores primários (1815-1939). In D. B. Catani, & M. H. Bastos (Eds.), *A educação em revista: A imprensa pedagógica e a história da educação* (pp. 33-46). São Paulo: Escrituras.
- Chamboredon, J. C. & Prévot, J. (1982). O ofício de criança. In S. Stoer & S. Grácio (Eds.), *Sociologia da educação: Vol. 2. A construção social das práticas educativas* (pp. 51 - 78). Lisboa: Livros Horizonte.
- Civitas, ZerotoThree, & Brio. (2000). *What grown-ups understand about child development: A national benchmark survey*. Acedido em <http://www.zerotothree.org/fullreport.pdf>
- Clarke-Stewart, K. A. (1998). Historical shifts and underlying themes in ideas about rearing young children in the United States: Where have we been? Where are you going? *Early Development and Parenting*, 7(2), 111-117.
- Cleverly, J. & Philips, D. C. (1986). *Visions of childhood: Influential models from Locke to Spock*. New York: Teachers College Press.
- Cloud, K. (2002). How mothering behaviors change during structural transformations. *Journal of Socio-Economics*, 31, 3-14.
- Craig, L. (2006). Does father care mean fathers share?: A comparison of how mothers and fathers in intact families spend time with children. *Gender & Society*, 20(2), 259-281.
- Craig, L., & Bittman, M. (2008). The incremental time costs of children: An analysis of children's impact on adult time use in Australia. *Feminist Economics*, 14(2), 59-88.
- Crompton, R., Brockmann, M., Lyonette, C. (2005). Attitudes, women's employment and the domestic division of labour: A cross-national analysis in two waves. *Work, Employment and Society*, 19(2), 213-233.
- Crossley, M. L. (2009). Breastfeeding as a moral imperative: An autoethnographic study. *Feminism & Psychology*, 19(1), 71-87.
- Cunha, V. (2007). *O lugar dos filhos: Ideais, práticas e significados*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Davis, A. (2008). "Oh, no, nothing, we didn't learn anything": Sex education and the preparation of girls for motherhood, c. 1930-1970. *History of Education*, 37(5), 1-17.
- DeLatt, J. , & Sanz, A. S. (2007). *Working women, men's home time and lowest-low fertility* (Economics Series Working Papers). Oxford: University of Oxford.

- Ducan, S., Edwards, R., Reynolds, T., & Alldred, P. (2003). Motherhood, paid work and partnering: Values and theories. *Work, Employment and Society*, 17(2), 309-330.
- Earle, S. (2003). Is breast best? Breastfeeding, motherhood and identity. In S. Earle, & G. Letherby (Eds.), *Gender, identity and reproduction: Social perspectives* (pp. 135-150). London: Palgrave.
- Eisenstadt, S. N. (2007). *Múltiplas modernidades*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Eisenstadt, S. N. (1991). *A dinâmica das civilizações: Tradição e modernidade*. Lisboa: Cosmos.
- Ehrenreich, B., & English, D. (1988). *For her own good: 150 years of the experts' advice to women*. London: Pluto Press.
- Elvin-Nowak, Y. (1999). The meaning of guilt: A phenomenological description of employed mothers' experiences of guilt. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40(1), 73-83.
- Elvin-Nowak, Y., & Thomsson, H. (2001). Motherhood as idea and practice: A discursive understanding of employed mothers in Sweden. *Gender & Society*, 15(3), 407-428.
- Erickson, M. F., & Aird, E. G. (2005). *The motherhood study: Fresh insights on mothers' attitudes and concerns: a report*. New York: Institute for American Values, Children, Youth, and Family Consortium, University of Minnesota, Dept. of Public Policy, Center for Survey Research and Analysis, University of Connecticut.
- Esping-Andersen, G. (2009). *The incomplete revolution: Adapting to women's new roles*. Cambridge: Polity Press.
- Everingham, C., Stevenson, D., & Warner-Smith, P. (2007). 'Things are getting better all the time?': Challenging the narrative of women's progress from a generational perspective. *Sociology*, 41(3), 419-437.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse: Textual analysis for social research*. London: Routledge.
- Ferreira, A. G. (2003). Higiene e controlo médico da infância e da escola. *Cadernos Cedex*, 23(59), 9-24.
- Ferreira, A. G. (2000). *Gerar, criar, educar: A criança no Portugal do Antigo Regime*. Coimbra: Quarteto.
- Ferreira, F. A. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa:

- Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, M. M. (2000). *Salvar os corpos, forjar a razão: Contributo para uma análise crítica da criança e da infância como construção social, 1880-1940*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Foucault, M. (1997). *A ordem do discurso*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Franzblau, S. H. (1999). Historicizing Attachment Theory: Binding the ties that bind. *Feminism & Psychology*, 9(1), 22-31.
- Geboy, M. J. (1981). Who is listening to the “experts”? The use of child care materials by parents. *Family Relations*, 30(2), 205-210.
- Gesell, A. (1979). *A criança dos 0 aos 5 anos: O bebé e a criança na cultura dos nossos dias*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Giddens, A. (2005). *As consequências da modernidade*. Oeiras: Celta.
- Giddens, A. (2000). *The third way: The renewal of social democracy*. Cambridge: Polity Press.
- Gleason, M. (1996). *Normalizing the ideal: Psychology, the school, and the family in post-World War II Canada, 1945-1960* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Waterloo, Ontario, Canada.
- Goldin, C. (2006). The quiet revolution that transformed women's employment, education, and family. *American Economic Review*, 96(2), 1-21.
- Grant, J. (1998). *Raising baby by the book: The education of American mothers*. New Haven: Yale University Press.
- Green, J., & Goldwin, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal Of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 835-846.
- Green, K. E., & Groves, M. M. (2008). Attachment parenting: An exploration of demographics and practices. *Early Child Development and Care*, 178(5), 513-525.
- Groenendijk, L. F., & Bakker, N. (2002). Child rearing and neuroticization of parenting: The case of the Netherlands. *History of Education*, 31(6), 571-588.
- Gross, H., & Patisson, H. (2001). Pregnancy and working: A critical reading of advice and information on pregnancy and employment. *Feminism & Psychology*, 11(4), 511-525.

- Guendouzi, J. (2005). "I feel quite organized this morning": How mothering is achieved through talk. *Sexualities, Evolution & Gender*, 7(1), 17-35.
- Guimarães, M. A. (2008). *Saberes, modas e pó de arroz: Modas e Bordados: Vida feminina: 1935-1955*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Hardyment, C. (2008). *Dream babies: Child care advice from John Locke to Gina Ford*. London: Frances Lincoln.
- Harwood, R. L.; Schoelmerich, A.; Ventura-Cook, E.; Schulze, P. A., & Wilson, S. P. (1996). Culture and class influences on Anglo and Puerto Rican mothers' beliefs regarding long-term socialization goals and child behavior. *Child Development*, 67(5), 2446-2461.
- Hattery, A. J. (2001). *Women, work and family: Balancing and weaving*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. New Haven: Yale University Press.
- Hays, S. (1998). The fallacious assumptions and unrealistic prescriptions of attachment theory: A comment on "parents' socioemotional investment in children". *Journal of Marriage and the Family*, 60(3), 782-795.
- Hendrick, H. (1999). Constructions and reconstructions of british childhood: An interpretative survey, 1800 to the present. In A. James, & A. Prout (Eds.), *Constructing and reconstructing childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood* (pp. 34 – 62). London: Falmer Press.
- Hesser-Biber, S. N., & Leavy, P. (2006). *The practice of qualitative research*. London: Sage.
- Hestbæk, A. D. (1998). Parenthood in the 1990s: Tradition and modernity in the parenthood of dual-earner couples with different lifemodes. *Childhood*, 5(4), 463-491.
- Hoffman, D. M. (2003). Childhood ideology in the United States: A comparative cultural view. *International Review of Education*, 49(1/2), 191-211.
- Hollway, W. (2006). Family figures in 20th-century British 'psy' discourses. *Theory & Psychology*, 16(4), 443-464.
- Hulbert, A. (2004). *Raising America: Experts, parents and a century of advice about children*. New York: Vintage Books.

- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Anuário estatístico de Portugal, 2007*. Lisboa: INE.
- Joaquim, T. (1997). *Menina e moça: A construção social da feminilidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Joaquim, T. (1983). *Dar à luz: Ensaio sobre as práticas e as crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Lisboa: Dom Quixote.
- Johnston, D. D., & Swanson, D. H. (2006). Constructing the “good mother”: The experience of mothering ideologies by work status. *Sex Roles, 54*(7), 509-519.
- Johnston, D. D., & Swanson, D. H. (2004). Moms hating mons: The internalization of the mother war rhetoric. *Sex Roles, 51*(9/10), 497-509.
- Johnston, D. D., & Swanson, D. H. (2003). Invisible mothers: A content analysis of motherhood ideologies and myths in magazines. *Sex Roles, 49*(1/2), 21-33.
- Judt, T. (2006). *Pós-Guerra: História da Europa desde 1945*. Lisboa: Edições 70.
- Kaplan, E. A. (1992). *Motherhood and representation: The mother in popular culture and melodrama*. New York: Routledge.
- Keller, K. (1994). *Mothers and work in popular American magazines*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Kitchens, R. (2007). The informalization of the parent-child relationship: An investigation of parenting discourses produced in Australia in the Inter-War years. *Journal of Family History, 32*(4), 459-478.
- Knibiehler, Y. (2004). La maternité en démocratie. In Y. Knibiehler, & G. Neyrand (Eds.), *Maternité et parentalité* (pp. 11-20). Rennes: ENSP.
- Knibiehler, Y. (2000). *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris: PUF.
- Knibiehler, Y. (1997). *La révolution maternelle depuis 1945: Femmes, maternité, citoyenneté*. Paris: Perrin.
- Koven, S., & Michel, S. (1993). Introduction: «Mothers worlds». In S. Koven, & S. Michel (Eds.), *Mothers of a new world: Maternalistic politics and the origins of welfare states* (pp. 1-42). New York: Routledge.
- Kremer-Sadlik, T., & Paugh, A. L. (2007). Everyday moments: Finding quality time in American working families. *Time & Society, 16*(2/3), 287-308.
- Kurki-Suonio, K. (2000). Joint custody as an interpretation of the best interests of the child in critical and comparative perspective. *International Journal of Law, Policy*

- and the Family*, 14(3), 183-205.
- Ladd-Taylor, M., & Umansky, L. (1998). Introduction. In M. Ladd-Taylor, & L. Umansky (Eds.), *“Bad” mothers: The politics of blame in twentieth-century America* (pp. 1-28). New York: New York University Press.
- Lamb, M. E., Ketterlinus, R. D., & Fracasso, M. P. (1992). Parent-child relationships. In M. Bornstein, & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology: An advanced textbook* (pp. 465-518). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lareau, A. (2003). *Unequal childhoods*. Berkeley: University of California Press.
- Lee, E. J. (2008). Living with risk in the age of 'intensive motherhood': Maternal identity and infant feeding. *Health, Risk & Society*, 10(5), 467-477.
- Lewis, J. (1997). Mother's love: The construction of emotion in nineteenth century America. In R. D. Apple, & J. Golden (Eds.), *Mothers and motherhood: Readings in American history* (pp. 52-71). Columbus: Ohio State University Press.
- Lewis, J., Knijn, T., Martin, C., & Ostner, I. (2008). Patterns of development in work/family reconciliation policies for parents in France, Germany, the Netherlands, and the UK in the 2000s. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 15(3), 261-286.
- Liamputtong, P. (2006). Motherhood and “moral career”: Discourses of good motherhood among Southeast Asian immigrant women in Australia. *Qualitative Sociology*, 29(1), 25-53.
- Lifflander, L., Gaydos, L. M. D., & Hogue, C. J. R. (2007). Circumstances of pregnancy: Low income women in Georgia describe the difference between planned and unplanned pregnancies. *Maternal and Child Health Journal*, 11(1), 81-89.
- Lippe, T., & Dijk, L. (2002). Comparative research on women's employment. *Annual Review of Sociology*, 28, 221-241.
- Litt, J. S. (2000). *Medicalized motherhood: Perspectives from the lives of African-American and Jewish women*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Lopes, A. M. (2005). *Imagens da mulher na imprensa feminina de oitocentos: Percursos de modernidade*. Lisboa: Quimera.
- Luke, C. (1996). Childhood and parenting in children's popular culture and childcare magazines. In C. Luke (Ed.), *Feminisms and pedagogies of everyday life* (pp. 167-187). New York: State of New York University Press.

- Lupton, D. (2000). 'A love/hate relationship': The ideals and experiences of first-time mothers. *Journal of Sociology*, 36(1), 50-63.
- Machado, F. L., & Costa, A. F. (1998). Processos de uma modernidade inacabada. In J. Viegas, & A. F. Costa (Eds.), *Portugal, que modernidade?* (pp. 17-44). Oeiras: Celta.
- Marshall, H. (1994). The social construction of motherhood: An analysis of childcare and parenting manuals. In A. Phoenix, A. Woollett, & E. Lloyd (Eds.), *Motherhood: Meanings, practices and ideologies* (pp. 66-85). London: Sage.
- Marshall, H., & Woollett, A. (2000). Fit to reproduce? The regulative role of the pregnancy texts. *Feminism and Psychology*, 10(3), 351-366.
- Martins, A. (1999). *Génese, emergência e institucionalização do Serviço Social Português*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/FCT.
- Mathews, J. J., & Zadak, K. (1997). The alternative birth movement in the United States. In R. D. Apple, & J. Golden (Eds.), *Mothers and motherhood: Readings in American history* (pp. 278-292). Columbus: Ohio State University Press.
- Mayhew, B. (2006). Between love and aggression: The politics of John Bowlby. *History of Human Sciences*, 19(4), 19-35.
- Mayring, P. (2004). Qualitative content analysis. In U. Flick, E. V. Kardorf, & I. Steinke (Eds.), *A companion to qualitative research* (pp. 266-269). London: Sage.
- McDonald, P. (2000). Gender equity, social institutions and the future of fertility, *Journal of Population Research*, 17(1), 1-16.
- McMahon, M. (1995). *Engendering motherhood: Identity and self-transformation in women's lives*. New York: Guilford Press.
- Miller, T. (2005). *Making sense of motherhood: A narrative approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miranda, S. (1992). A evolução demográfica. In A. O. Marques, & J. Serrão (Series Eds.) & F. Rosas (Vol. Ed.). *Nova História de Portugal*. Vol. XII – Portugal e o Estado-Novo (1930-1960) (pp. 259-271). Lisboa: Editorial Presença.
- Monteiro, R. (2005). *O que dizem as mães: Mulheres trabalhadoras e suas experiências*. Coimbra: Quarteto.
- Morgan, D. H. (2007). Men in families and households. In J. Scott, J. Treas, & M. Richards (Eds.), *The Blackwell Companion to the Sociology of Families* (pp. 374-

- 393). Oxford: Blackwell Publishing.
- Murphy, E. (2003). Expertise and forms of knowledge in the government of families. *The Sociological Review*, 51(4), 433-462.
- Neyrand, G. (2004). La reconfiguration contemporaine de la maternité. In Y. Knibiehler, & G. Neyrand (Eds.), *Maternité et parentalité* (pp. 21-38). Rennes: Éditions de L'École Nationale de la Santé Publique.
- Nóvoa, A. (1992). A 'educação nacional'. In A. O. Marques, & J. Serrão (Series Eds.) & F. Rosas (Vol. Ed.). *Nova História de Portugal. Vol. XII – Portugal e o Estado-Novo (1930-1960)* (pp. 455-519). Lisboa: Editorial Presença.
- Nóvoa, A. et cols. (1997). A imprensa de educação e ensino: Concepção e organização do repertório português. In D. B. Catani & M. H. Bastos, *A educação em revista: A imprensa periódica e a história da educação* (pp. 11 - 31). São Paulo: Escrituras.
- Nóvoa, A. (Ed.) (1993). *Imprensa de educação e ensino, repertório analítico (séculos XIX-XX)*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Núncio, M. J. (2008). *Mulheres em dupla jornada: A conciliação entre trabalho e família*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Ó, J. R. (2003). *O governo de si mesmo: Modernidade pedagógica e encenações disciplinares do aluno liceal (último quartel do século XIX – meados do século XX)*. Lisboa: Educa.
- Obra das Mães pela Educação Nacional (1955). *Programa dos Centros de Educação Familiar*. Lisboa: Ministério da Educação Nacional.
- Obra das Mães pela Educação Nacional (1938). *Orientação e fins*. Lisboa: Ministério da Educação Nacional.
- OCDE (2009). *Society at a Glance 2009 - OECD Social Indicators*. Acedido em <http://www.oecd.org/els/social/indicators/SAG>.
- Oliveira, I. T. (2008). Fecundidade das populações e das gerações em Portugal, 1960-2005. *Análise Social*, XLIII (1), 29-53.
- Pedro, E. R. (1997). Análise crítica do discurso: Aspectos teóricos, metodológicos e analíticos. In E. R. Pedro (Ed.), *Análise crítica do discurso* (pp. 105-168). Lisboa: Editorial Caminho.
- Pereira, A. R. (1999). A criança no Estado Novo: Uma leitura na longa duração. *Revista Brasileira de História*, 19(38), 165-198.

- Pereira, V. (2009). Emergência e desenvolvimento da previdência social em Portugal. *Análise Social*, XLIV(192), 471-510.
- Perista, H. (1999). *Os usos do tempo e o valor do trabalho: Uma questão de género*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Perrot, M. (2007). *Uma história das mulheres*. Porto: ASA.
- Pessoa, A. M. (2005). *A educação das mães e das crianças no Estado Novo: A proposta de Maria Lúcia Vassalo Namorado* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pimentel, I. F. (1999). A assistência social e familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40. *Análise Social*, XXXIV(151-152), 477-508.
- Pimentel, I. F. (2001). *História das organizações femininas do Estado Novo*. Lisboa: Temas e Debates.
- Pitt, K. (2002). Being a capitalist mother. *Discourse & Society*, 13(2), 251-267.
- Phillips, N., & Hardy, C. (2002). *Discourse analysis: Investigating processes of social construction*. London: Sage.
- Phillips, L., & Jørgensen, M. W. (2002). *Discourse analysis as theory and method*. London: Sage.
- Phoenix, A., & Woollett, A. (1994). Motherhood: Social construction, politics and psychology. In A. Phoenix, A. Woollett, & E. Lloyd (Eds.), *Motherhood: Meanings, practices and ideologies* (pp. 13-27). London: Sage.
- Popiel, J. J. (2004). Making mothers: The advice genre and the domestic ideal, 1760-1830. *Journal of Family History*, 29(4), 339-350.
- Prates, M. L. (2003). *O jornalismo feminino nas décadas de 30 e 40 na revista Modas&Bordados e a personalidade de Maria Lamas* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Pringle, M. K. (2000). *The needs of children*. London: Routledge.
- Prost, A. (1991). Fronteiras e espaços do privado. In P. Ariès, & G. Duby (Eds.), *História da vida privada. Vol 5: Da Primeira Guerra Mundial aos nossos dias* (pp. 13-153). Lisboa: Afrontamento.
- Pugh, A. J. (2005). Selling compromise: toys, motherhood, and the cultural deal.

- Gender & Society*, 19(6), 729-749.
- Raskin, P. M. (2006). Women, work, and family: Three studies of roles and identity among working mothers. *American Behavioral Scientist*, 49(10), 1354-1381.
- Rawlins, R. (2006). Raising “precocious” children: From nineteenth-century pathology to twentieth-century potential. In B. Beatty, E. D. Cahan, & J. Grant (Eds.), *When science encounters the child: Education, parenting and child welfare in the 20th-century America* (pp. 77-95). New York: Teachers College Press.
- Rhoades, H. (2002). The 'no contact mother': Reconstructions of motherhood in the era of the 'new father'. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 16(1), 71-94.
- Ribbens, J. (1994). *Mothers and their children: A feminist sociology of childrearing*. London: Sage.
- Roberts, N. (2004). Character in the mind: Citizenship, education and psychology in Britain, 1880-1914. *History of Education*, 3(2), 177-197.
- Robinson, B. K., & Hunter, E. (2008). Is mom still doing it all? Reexamining depictions of family work in popular advertising. *Journal of Family Issues*, 29(4), 465-486.
- Rocha, C., & Ferreira, M. M. (2006). *As mulheres e a cidadania: As mulheres e o trabalho na esfera pública e na esfera doméstica*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Rosas, F. (1992). Prefácio. In A. O. Marques, & J. Serrão (Series Eds.) & F. Rosas (Vol. Ed.). *Nova História de Portugal. Vol. XII – Portugal e o Estado-Novo (1930-1960)* (pp. 7-8). Lisboa: Editorial Presença.
- Rose, N. (1999a). *Governing the soul: The shaping of the private self*. London: Free Association Books.
- Rose, N. (1999b). *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rubin, S. E., & Wooten, H. R. (2007). Highly educated stay-at-home mothers: A study of commitment and conflict. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 15(4), 336-345.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal thinking: Towards a politics of peace*. Boston: Beacon Press.
- Rudolfsdottir, A. G. (2000). ‘I Am Not a Patient, and I Am Not a Child’: The institutionalization and experience of pregnancy. *Feminism & Psychology*, 10(3),

337-350.

- Ryan, G. W. & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field Methods*, 15(1), 85-109.
- Saha, P. (2002). Breastfeeding and sexuality: Professional advice literature from the 1970s to the present. *Health Education & Behavior*, 29(1), 61-72.
- Sandberg, J. F., & Hofferth, S. L. (2005). Changes in children's time with parents: a correction. *Demography*, 42(2), 391-395.
- Sayer, L. C., Gauthier, A. H., & Furstenberg, F. F. (2004). Educational differences in parents' time with children: Cross-national variations. *Journal of Marriage and the Family*, 66(4), 1152-1169.
- Schwalb, D. W., Kaway, H., Shoji, J., & Tsunetsugu, K. (1995). The place of advice: Japanese parents' source of information about childrearing and childhealth. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 16(4), 629-644.
- Schmidt, V. H. (2007). Into the second millennium: Modernity at the beginning of the 21st century. In V. H. Schmidt (Ed.), *Modernity at the beginning of the 21st Century* (pp. 1-9). Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Scott, J. (2000). Is it a different world to when you were growing up? Generational effects on social representations and child-rearing values. *The British Journal of Sociology*, 51(2), 355-376.
- Segalen, M. (1999a). A revolução industrial: Do proletariado ao burguês. In A. Burguière, C. Klapish-Zuber, M. Segalen, & F. Zonaben (Eds.), *História da Família. Vol. 4 – O Ocidente: Industrialização e urbanização* (pp. 5-36). Lisboa: Terramar.
- Segalen, M. (1999b). *Sociologia da família*. Lisboa: Terramar.
- Shaw, R. (2002). The ethics of the birth plan in childbirth management practices. *Feminist Theory*, 3(2), 131-149.
- Shaw, R. (2003). Theorizing breastfeeding: Body ethics, maternal generosity and the gift relation. *Body & Society*, 9(2), 55-73.
- Singly, F. (2000). *O eu, o casal e a família*. Lisboa: Dom Quixote.
- Smith, R. S. (1997). Parent education: Empowerment or control? *Children & Society*, 11(2), 108-116.
- Sohn, A. M. (1995). Entre duas guerras: Os papéis femininos em França e Inglaterra. In G. Duby, & M. Perrot (Series Eds.) & F. Thébaud (Vol. Ed.), *História das mulheres*.

- Vol. 5 – *O século XX* (pp. 115-145). Lisboa: Edições Afrontamento.
- Spess, J. M., & Zimmerman, T. S. (2002). Gender messagens in parenting magazines: A content analysis. In T. S. Zimmerman (Ed.), *Integrating gender and culture in parenting* (pp. 73-99). Binghamanton, NY: Hawthorne.
- Spock, B. (1997). *Meu filho, meu tesouro*. Lisboa: Europa América.
- Stearns, P. (2003). *Anxious parents: A history of modern childrearing in America*. New York: New York University Press.
- Summer, S., Smithson, J., Guerreiro, M. D., & Granhund, L. (2008). Becoming working mothers: Reconciling work and family at three particular workplaces in Norway, the UK, and Portugal. *Community, Work & Family*, 11(4), 365 – 384.
- Sunderland, J. (2006). “Parenting” or “mothering”? The case of modern childcare magazines. *Discourse and Society*, 17(4), 503-527.
- Swain, S. (1999). 'I am directed to remind you of your duty to your family': Public surveillance of mothering in Victoria, Australia, 1920-1940. *Women's History Review*, 8(2), 247-259.
- Swanson, D. H., & Johnston, D. D. (2003). Mothering in the Ivy Tower: Interviews with academic mothers. *Journal of the Association for Research on Mothering*, 5(2), 63-75.
- Taipas, M. (2006). ‘Always ready and always clean’?: Competing discourses of breastfeeding, infant illness and the politics of mother-blame in Bolivia. *Body & Society*, 12(2), 83-108.
- Thébaud, F. (1995). Introdução. In In G. Duby, & M. Perrot (Series Eds.) & F. Thébaud (Vol. Ed.), *História das mulheres. Vol. 5 – O século XX* (pp. 10-23). Lisboa: Edições Afrontamento.
- Thorley, V. (2003). Printed advice on initiating and maintaining breastfeeding in mid-20th-century Queensland. *Journal of Human Lactation*, 19(1), 77-89.
- Thulier, D. (2009). Breastfeeding in America: A history of influencing factors. *Journal of Human Lactation*, 25(1), 85-94.
- Thurer, S. L. (1995). *The myths of motherhood: How culture reinvents the good mother*. London: Penguin.
- Torres, A. (2002). *Casamento em Portugal: Uma análise sociológica*. Oeiras: Celta.
- Tubiana, M. (1995). *História da medicina*. Lisboa: Teorema.

- Valentine, G. (1997). 'My son's a bit dizzy.' 'My wife's a bit soft': gender, children and cultures of parenting. *Gender, Place and Culture*, 4(1), 37-62.
- Valério, N. (Ed.) (2001). *Estatísticas históricas portuguesas*. Lisboa: I.N.E.
- Van Dijk, T. A. (2006). Discourse and manipulation. *Discourse & Society*, 7(2), 359-383.
- Vanobbergen, B. (2008). 'Soon He Will Boil over like a Kettle': Visualizing the Invisible - The Representation of Hyperactivity in Women's Magazines and Professional Journals for Teachers in Flanders (1965-2005). *History of Education*, 36(2), 173-189.
- Vicent, G. (1991). Uma história do segredo? In – *História da vida privada. Vol. 5 – Da primeira Guerra Mundial aos nossos dias* (pp. 155-390). Porto: Edições Afrontamento.
- Vicente, A. (2002). *Os poderes das mulheres, os poderes dos homens*. Lisboa: Gótica.
- Vilhena, C. (2002). *Institucionalização da educação pré-escolar em Portugal (1880-1950)* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Vuori, J. (2009). Men's choices and masculines duties: Fathers in expert discussions. *Men and Masculinities*, 12(1), 45-72.
- Wagner, P. (2008). *Modernity as experience and interpretation: A new sociology of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Wagner, P. (2001). *Theorizing modernity*. London: Sage.
- Wagner, P. (1998). *A sociology of modernity: Liberty and discipline*. London: Routledge.
- Walker, S. K. (2005). Using a parent newsletter series and other child-rearing information sources by mothers of infants. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34(2), 153-172.
- Walkerdine, V. (1998). Developmental psychology and the child-centered pedagogy: The insertion of Piaget into early education. In J. Henriques, W. Hollway, C. Urwin, C. Veen, & V. Walkerdine (Eds.), *Changing the subject: Psychology, social regulation and subjectivity* (pp. 153-202). London: New York.
- Wall, K. (2005). Modos de guarda das crianças. In K. Wall (Ed.), *Famílias em Portugal* (pp. 499-516). Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais.

- Wall, K., & Guerreiro, M. D. (2005). A divisão familiar do trabalho. In K. Wall (Ed.), *Famílias em Portugal* (pp. 303-362). Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais.
- Wallbank, J. A. (2001). *Challenging motherhood(s)*. London: Pretince Hall.
- Warner, J. (2005). *Perfect madness: Motherhood in the age of anxiety*. New York: Riverhead Books.
- Windebank, J. (2001). Dual-earner couples in Britain and France: Gender divisions of domestic labour and parenting work in different Welfare States. *Work, Employment & Society*, 15(2), 269-290.
- Woodhead, M. (1999). Psychology and the cultural construction of children's needs. In A. James, & A. Prout (Eds.), *Constructing and reconstructing childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood* (pp. 63-84). London: Falmer Press.
- Woollett, A., & Phoenix, A. (1994). Psychological views of mothering. In A. Phoenix, A. Woollett & E. Lloyd (Eds.), *Motherhood: Meanings, practices and ideologies* (pp. 28-46). London: Sage.
- Zadoroznyj, M. (2001). Birth and the 'reflexive consumer': Trust, risk and medical dominance in obstetric encounters. *Journal of Sociology*, 37(2), 117-139.

2. Fontes¹²⁸⁵

1º Período: 1945 a 1958

Os Nossos Filhos

- Anjos, C. (1950, Agosto). O problema da mortalidade infantil. *Os Nossos Filhos*, 14.
- Anjos, M. S. (1947, Janeiro). Harmonia e alegria no lar. *Os Nossos Filhos*, 7.
- Anjos, M. S. (1945, Maio). A criança, essa desconhecida. *Os Nossos Filhos*, 6.
- Anónimo (1958, Dezembro). Quem tem meninos pequenos... *Os Nossos Filhos*, 6-7.
- Anónimo (1958, Outubro). Mãezinha! Proteja o seu filho enquanto espera por ele. *Os Nossos Filhos*, 6.
- Anónimo (1958, Agosto). Crianças que permanecem bebês [carta ao editor]. *Os Nossos*

1285 Dada a dimensão do nosso *corpus* documental, optou-se por colocar como fontes apenas os artigos que foram referidos no Capítulo III.

Filhos, 3.

Anónimo (1958, Agosto). Oiça mãezinha: Pequenos desleixos podem causar grandes desgraças. *Os Nossos Filhos*, 27.

Anónimo (1958, Junho). Vai chegar o segundo bebé. *Os Nossos Filhos*, 8-9.

Anónimo (1957, Novembro). O mundo dos nossos filhos: Um programa para os pais na Rádio Televisão Portuguesa. *Os Nossos Filhos*, 5.

Anónimo (1957, Setembro). A propósito da hereditariedade. *Os Nossos Filhos*, 6.

Anónimo (1957, Maio). Escola de pais. *Os Nossos Filhos*, 5.

Anónimo (1957, Março). O que o brinquedo representa para a criança. *Os Nossos Filhos*, 8.

Anónimo (1957, Março). Os vossos problemas: Correio dos pais. *Os Nossos Filhos*, 3.

Anónimo (1957, Março). Para meditar. *Os Nossos Filhos*, 8.

Anónimo (1955, Setembro). Minha filha vai ser mãe. *Os Nossos Filhos*, 4.

Anónimo (1955, Julho). Minha filha vai ser mãe! *Os Nossos Filhos*, 4-5.

Anónimo (1955, Novembro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 3.

Anónimo (1955, Setembro). Boa atitude na criança pequena. *Os Nossos Filhos*, 8-9.

Anónimo (1955, Julho). Atenção, mãezinha!. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

Anónimo (1955, Maio). Oiça, mãezinha! *Os Nossos Filhos*, 9.

Anónimo (1953, Novembro). Sem título [Carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 7.

Anónimo (1953, Maio). Psicologia infantil [Recensão do livro *Introdução à psicologia das crianças*]. *Os Nossos Filhos*, 7.

Anónimo (1955, Março). Uma iniciativa para si: Com cuidar da criança pequena. *Os Nossos Filhos*, 7.

Anónimo (1953, Setembro). O arranjo do quarto dos filhos. *Os Nossos Filhos*, 21.

Anónimo (1953, Maio). Psicologia infantil. *Os Nossos Filhos*, 7.

Anónimo (1952, Dezembro). Atenção ao Centro de Enfermagem: Assistência à maternidade e à infância. *Os Nossos Filhos*, 14-15.

Anónimo (1952, Dezembro). Pequenas coisas. *Os Nossos Filhos*, 8.

Anónimo (1952, Agosto). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 4.

Anónimo (1951, Janeiro). Perigo de morte. *Os Nossos Filhos*, 6.

Anónimo (1951, Janeiro). Vai nascer um menino. *Os Nossos Filhos*, 4.

Anónimo (1950, Outubro). Não esqueça... *Os Nossos Filhos*, 13.

Anónimo (1950, Outubro). Proteja o seu filho da doença. *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1950, Outubro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 10.

Anónimo (1950, Outubro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

Anónimo (1950, Agosto). A farmácia caseira. *Os Nossos Filhos*, 10.

Anónimo (1950, Agosto). Minha senhora, ajude-nos! *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1950, Abril). Isto interessa à Mãe e ao Pai. *Os Nossos Filhos*, 3.

Anónimo (1950, Abril). O peso do bebé. *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1950, Abril). O quarto do bebé. *Os Nossos Filhos*, 10.

Anónimo (1949, Dezembro). Natal. *Os Nossos Filhos*, 3.

Anónimo (1949, Dezembro). Sugestões... *Os Nossos Filhos*, 13.

Anónimo (1949, Outubro). Coisas que é bom lembrar. *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1949, Outubro). Normas de higiene. *Os Nossos Filhos*, 13.

Anónimo (1949, Junho). Atenção: Perigo de morte!. *Os Nossos Filhos*, 5.

Anónimo (1949, Abril). Cuidados com os bebés. *Os Nossos Filhos*, 12.

Anónimo (1949, Abril). Oiça mãezinha. *Os Nossos Filhos*, 12.

Anónimo (1948, Novembro). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1948, Setembro). Banhos de sol. *Os Nossos Filhos*, 13.

Anónimo (1948, Setembro). Sem título. *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1948, Julho). Sugestões... *Os Nossos Filhos*, 5.

Anónimo (1948, Março). Desastres em poços. *Os Nossos Filhos*, 15.

Anónimo (1948, Março). O seu filho respira pela boca? *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1948, Março). Preceitos de higiene. *Os Nossos Filhos*, 13.

Anónimo (1948, Janeiro). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10-11.

Anónimo (1948, Janeiro). Promete a ti própria, Mãezinha! *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1948, Janeiro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1947, Setembro). Conselhos da avozinha: Da vida e das pessoas. *Os Nossos Filhos*, 24.

Anónimo (1947, Setembro). Consultório: De alimentação e higiene infantil. *Os Nossos Filhos*, 25.

Anónimo (1947, Setembro). Informações. *Os Nossos Filhos*, 24-25.

Anónimo (1947, Julho). Os teus problemas, mãezinha: Da educação das crianças e dos adolescentes. *Os Nossos Filhos*, 24.

Anónimo (1947, Maio). Pequenas coisas. *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1947, Maio). Higiene geral da 1.^a infância. *Os Nossos Filhos*, 12-13.

Anónimo (1947, Março). Conselhos. *Os Nossos Filhos*, 7.

Anónimo (1947, Março). Consultório: De alimentação e higiene infantil. *Os Nossos Filhos*, 24.

Anónimo (1947, Março). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 24.

Anónimo (1947, Janeiro). Contos de bruxas. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

Anónimo (1947, Janeiro). Pequenas coisas. *Os Nossos Filhos*, 13.

Anónimo (1946, Dezembro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 24.

Anónimo (1946, Outubro). Alimentação. *Os Nossos Filhos*, 9.

Anónimo (1946, Outubro). Ar puro. *Os Nossos Filhos*, 9.

Anónimo (1946, Outubro). Os teus problemas, mãezinha! *Os Nossos Filhos*, 24.

Anónimo (1946, Agosto). O banho do bebé. *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1946, Agosto). Os teus problemas, Mãezinha! *Os Nossos Filhos*, 24.

Anónimo (1946, Junho). Durante os dias de calor... *Os Nossos Filhos*, 10.

Anónimo (1946, Junho). Crianças larápias. *Os Nossos Filhos*, 5.

Anónimo (1946, Junho). Ensine o seu filho a gargarejar. *Os Nossos Filhos*, 10.

Anónimo (1946, Junho). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 11.

Anónimo (1946, Abril). Defenda a crianças das moscas. *Os Nossos Filhos*, 11,

Anónimo (1946, Fevereiro). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 14.

Anónimo (1946, Fevereiro). Sem título. *Os Nossos Filhos*, 23.

Anónimo (1946, Fevereiro). Sem título [carta ao editor]. *Os Nossos Filhos*, 16.

Anónimo (1945, Novembro). Sem título. *Os Nossos Filhos*, 4-5.

Anónimo (1945, Novembro). Um grande amigo das crianças. *Os Nossos Filhos*, 15.

Anónimo (1945, Julho). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 17.

Anónimo (1945, Maio). O Centro de Saúde de Lisboa. *Os Nossos Filhos*, 12-13.

Anónimo (1945, Maio). O menino dorme... *Os Nossos Filhos*, 15.

Anónimo (1945, Maio). Puericultura. *Os Nossos Filhos*, 17.

Anónimo (1945, Março). Casa de pais... *Os Nossos Filhos*, 7.

Anónimo (1945, Janeiro). As crianças e os espectáculos. *Os Nossos Filhos*, 15.

Anónimo (1945, Janeiro). Pequenas coisas... *Os Nossos Filhos*, 17.

Bell, D. (1952, Dezembro). Trate as crianças com naturalidade. *Os Nossos Filhos*, 9.

- Bell, D. (1951, Setembro). A paciência é indispensável. *Os Nossos Filhos*, 6.
- Bettencourt, M. L. (1956, Agosto). Inteligência infantil. *Os Nossos Filhos*, 10-11.
- Bettencourt, M. L. (1956, Junho). Como o filho vê o pai e a mãe. *Os Nossos Filhos*, 8-9.
- Borges, M. (1956, Dezembro). Correios dos pais: Alguns aspectos da agressividade infantil. *Os Nossos Filhos*, 4-5.
- Braga, J. M. (1947, Maio). Uma obra de assistência modelar: O Centro de Enfermagem. *Os Nossos Filhos*, 14-16.
- Branco, M. B. (1957, Outubro). A criança e a beleza. *Os Nossos Filhos*, 14.
- Coelho, S. P. (1946, Janeiro). Já disse isto, Mãezinha? *Os Nossos Filhos*, 7.
- Correia, A. (1957, Julho). O sono. *Os Nossos Filhos*, 8.
- Costa, E. S. (1957, Janeiro). Pequenas coisas muito importantes que as mães não podem esquecer. *Os Nossos Filhos*, 10-11.
- Costa, M. E. (1945, Novembro). A mulher educadora. *Os Nossos Filhos*, 1.
- Costa, O. N. (1947, Janeiro). Concurso dos erros educativos. *Os Nossos Filhos*, 21.
- Cruz, C. (1949, Dezembro). Coisas que as mães devem saber. *Os Nossos Filhos*, 12.
- D'Almada, B. F. (1951, Julho). O Dispensário de Higiene Infantil do Funchal. *Os Nossos Filhos*, 14-15.
- Dalila (1951, Julho). Fala-vos uma mãe: Para começar. *Os Nossos Filhos*, 7.
- Deusdado, D. F. (1945, Janeiro). Uma conferência no Porto, sobre a acção moral e educativa no seio da família. *Os Nossos Filhos*, 14-15.
- Diniz, S. (1955, Maio). Parto sem dor? Parto sem medo? Parto natural? *Os Nossos Filhos*, 8.
- Duarte, M. G. F. (1956, Dezembro). Enurese. *Os Nossos Filhos*, 6-7.
- Eeckhout (1948, Janeiro). O respeito pela personalidade na educação. *Os Nossos Filhos*, 4.
- Enfermeiras Professoras da Escola Técnica de Enfermeiras do IPO (1953, Novembro). O papel da Enfermeira de Pediatria e a sua preparação. *Os Nossos Filhos*, 10.
- Fernandes, A. (1948, Maio). O alcoolismo. *Os Nossos Filhos*, 11.
- Figueiredo, F. T. (1946, Dezembro). É preciso educarmo-nos para sabermos e podermos educar. *Os Nossos Filhos*, 7.
- Fontes, V. (1952, Junho). Higiene mental infantil. *Os Nossos Filhos*, 4-5.
- Fontes, V. (1948, Janeiro). As maldades das crianças. *Os Nossos Filhos*, 5.

- Fundação Materno-Infantil de N. Sr.^a do Bom Sucesso (1953, Julho). Página de puericultura. *Os Nossos Filhos*, 5.
- Gomes, V. J. (1946, Fevereiro). Breves considerações sobre a segunda infância. *Os Nossos Filhos*, 8.
- Gouvêa, J. E. (1951, Julho). A acção social do Dispensário de Higiene Infantil do Funchal. *Os Nossos Filhos*, 16.
- Irmã Allison (1952, Dezembro). Quando nasce um bebé. *Os Nossos Filhos*, 6.
- Leal, J. B. (1948, Setembro). O valor dos dentes de leite. *Os Nossos Filhos*, 12-13.
- Lenroot, K. F. (1955, Março). Aprenda a alimentar os seus filhos (15): O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 4-5.
- Lenroot, K. F. (1954, Outubro). Aprenda a alimentar os seus filhos: O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 4-5.
- Lenroot, K. F. (1954, Junho). Aprenda a alimentar os seus filhos: O caminho da boa nutrição. *Os Nossos Filhos*, 5.
- Lima, O. (1947, Maio). Considerações sobre puericultura pré-natal. *Os Nossos Filhos*, 10.
- Lisboa, I. (1954, Fevereiro). A brincadeira e os brinquedos. *Os Nossos Filhos*, 6-7.
- Losa, I. (1951, Janeiro). Irmãos. *Os Nossos Filhos*, 7.
- Losa, I. (1948, Novembro). Devemos ou não levar as nossas crianças a toda a parte onde vamos? *Os Nossos Filhos*, 4-5.
- Lúcia, M. (1946, Abril). A menina quer casar. *Os Nossos Filhos*, 9.
- Manso, M. L. (1946, Agosto). A educação musical da criança. *Os Nossos Filhos*, 16.
- Marinska (1946, Fevereiro). Cuidai dos espíritos infantis. *Os Nossos Filhos*, 7.
- Martin, A. S. (1951, Setembro). Técnica e educação alimentares do lactante: Profilaxia da anorexia psíquica. *Os Nossos Filhos*, 4.
- Martin, R. (1958, Abril). A Mãe deve amamentar o seu bebé. *Os Nossos Filhos*, 4-5.
- Martin, R. (1957, Julho). Se está à espera de Bebé... *Os Nossos Filhos*, 6-7.
- Martin, R. (1956, Dezembro). Ciúmes infantis: O problema do segundo filho. *Os Nossos Filhos*, 8.
- Martin, R. (1956, Junho). Dirija inteligentemente o seu filho prodígio. *Os Nossos Filhos*, 11.
- Mendes, M. J. M. (1954, Maio). A formação da personalidade. *Os Nossos Filhos*, 7.

- Mendes, M. J. M. (1953, Novembro). A criança no lar. *Os Nossos Filhos*, 6.
- Mendes, M. J. M. (1946, Outubro). Influência do exemplo na educação. *Os Nossos Filhos*, 7.
- Mendes, O. J. M. (1950, Outubro). Factores do desenvolvimento mental. *Os Nossos Filhos*, 5.
- Mendo, M. (1957, Setembro). Crianças que não querem comer: Anorexia nervosa. *Os Nossos Filhos*, 7.
- Meneses, M. I. C. (1949, Dezembro). Formação de hábitos na criança, e correcção de maus hábitos. *Os Nossos Filhos*, 10-11.
- Mira, F. (1950, Dezembro). Educar com alegria. *Os Nossos Filhos*, 5.
- Mira, F. (1949, Agosto). Obedecer. *Os Nossos Filhos*, 4.
- Mira, F. (1948, Setembro). Crianças irrequitadas. *Os Nossos Filhos*, 4-5.
- Mira, F. (1945, Maio). Educar e instruir. *Os Nossos Filhos*, 6-7.
- Mira, F. (1945, Março). A educação e o exemplo. *Os Nossos Filhos*, 6.
- Mira, F. (1945, Janeiro). Criar e educar. *Os Nossos Filhos*, 6-7.
- Morais, L. C. (1958, Agosto). A educação das crianças. *Os Nossos Filhos*, 11.
- Morais, M. P. T. (1950, Outubro). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10-11.
- Morais, M. P. T. (1949, Outubro). A mãezinha enfermeira: Socorros de urgência - A hemorragia nasal. *Os Nossos Filhos*, 2.
- Morais, M. P. T. (1949, Junho). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10-11.
- Morais, M. P. T. (1949, Abril). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10.
- Morais, M. P. T. (1948, Maio). Doenças infecto-contagiosas. *Os Nossos Filhos*, 10.
- Morais, M. P. T. (1948, Março). Consultório. *Os Nossos Filhos*, 10-11.
- Morais, M. P. T. (1947, Março). Higiene da maternidade: O vestuário durante a gravidez. *Os Nossos Filhos*, 10.
- Morais, M. P. T. (1946, Outubro). As “birras”. *Os Nossos Filhos*, 8.
- Morais, M. P. T. (1946, Abril). Perguntam as mãezinhas. *Os Nossos Filhos*, 16.
- Morna, A. (1947, Janeiro). Sobre partos e parteiras: Problemas em equação. *Os Nossos Filhos*, 14.
- Moulin, J. (1947, Janeiro). Puericultura pré-natal e higiene da gravidez. *Os Nossos Filhos*, 12.
- Paço, M. J. L. (1946, Fevereiro). Acorde, mãezinha. *Os Nossos Filhos*, 14-15.

- Patrício, C. (1950, Agosto). Antes da escola primária. *Os Nossos Filhos*, 5.
- Petersen, S. (1949, Dezembro). Um dos primeiros mal entendidos entre adultos e pequeninos: A educação prematura do asseio. *Os Nossos Filhos*, 5.
- Petersen, S. (1949, Abril). A fase “edípica” nas crianças será inevitável? *Os Nossos Filhos*, 4.
- Pires, M. L. (1956, Agosto). Educação auditiva. *Os Nossos Filhos*, 10-11.
- Pires, M. L. (1956, Janeiro). Mãezinha! Esqueça as preocupações e faça felizes os seus filhos! *Os Nossos Filhos*, 4.
- R. (1957, Novembro). A alimentação do bebé. *Os Nossos Filhos*, 6.
- Rocha, J. M. (1949, Agosto). Esperando o bebé. *Os Nossos Filhos*, 11.
- Rodrigues, J. F. (1945, Julho). Conheça os seus filhos! *Os Nossos Filhos*, 7.
- Rosa, M. I. M. (1951, Janeiro). Administração de medicamentos a crianças. *Os Nossos Filhos*, 4.
- Rumina, B. (1956, Maio). Pequenas coisas... . *Os Nossos Filhos*, 6.
- Rumina, B. (1956, Março). Pequenas coisas... que as mães devem saber. *Os Nossos Filhos*, 9.
- Rumina, B. (1955, Junho). A responsabilidade dos pais. *Os Nossos Filhos*, 4-5.
- Rumina, B. (1955, Março). Se já tem bebé... Saiba tratar dele. *Os Nossos Filhos*, 5.
- Rumina, B. (1947, Março). As crianças e os animais domésticos. *Os Nossos Filhos*, 11.
- Rumina, B. (1947, Janeiro). Higiene geral dos olhos. *Os Nossos Filhos*, 13.
- Rumina, B. (1946, Junho). Alimentação da grávida. *Os Nossos Filhos*, 11.
- Rumina, B. (1946, Abril). A boca. *Os Nossos Filhos*, 14.
- Rumina, B. (1945, Março). A alimentação do bebé. *Os Nossos Filhos*, 17.
- Rumina, B. (1945, Janeiro). A alimentação do bebé. *Os Nossos Filhos*, 16.
- Sabido, F. (1953, Setembro). Educação alimentar do lactente. *Os Nossos Filhos*, 4.
- Silva, S. (1947, Novembro). A educação dos pequenos e os brinquedos. *Os Nossos Filhos*, 4.
- Silva, S. (1946, Outubro). Casa melancólica. *Os Nossos Filhos*, 4.
- Taveira, M. (1955, Março). Se espera bebé... Saiba os cuidados que deve ter consigo. *Os Nossos Filhos*, 4.
- Taveira, M. (1953, Setembro). O papel da Enfermeira de Pediatria e a sua preparação. *Os Nossos Filhos*, 10.

- Osswald, M. H. (1948, Fevereiro). A formação da mãe. *Os Nossos Filhos*, 7.
- Petersen, S. (1948, Novembro). Criminosos inconscientes. *Os Nossos Filhos*, 11.
- Picard (1953, Novembro). Serviços de auxílio à mãe. *Os Nossos Filhos*, 14.
- V. A. (1953, Novembro). Como brincam as crianças portuguesas? Quem as acompanha nas suas brincadeiras? *Os Nossos Filhos*, 3.
- Vale, C. (1946, Abril). Algumas coisas que as mães devem saber. *Os Nossos Filhos*, 17.
- Vale, M. I. F. (1948, Março). A mulher na missão de mãe. *Os Nossos Filhos*, 6.
- Vasco, G. (1947, Março). O sono do bebé. *Os Nossos Filhos*, 11.
- Vicente, C. (1958, Abril). Os conflitos familiares lançam o pânico e a insegurança na alma das crianças sensíveis. *Os Nossos Filhos*, 19.
- Vicente, C. (1956, Junho). O medo na educação infantil. *Os Nossos Filhos*, 19.

Saúde e Lar

- Alain, G. (1957, Maio). Uma realidade: O parto sem dor. *Saúde e Lar*, 8-9.
- Anónimo (1956, Abril). Defeitos congénitos. *Saúde e Lar*, 2.
- Anónimo (1955, Setembro). Crianças mimalhas. *Saúde e Lar*, 14.
- Anónimo (1954, Abril). As mães e a assistência a seus filhos. *Saúde e Lar*, 17.
- Anónimo (1954, Fevereiro). Leite materno - o primeiro. *Saúde e Lar*, 1.
- Anónimo (1953, Setembro)...e Lar. *Saúde e Lar*, 1.
- Anónimo (1953, Julho)...e Lar. *Saúde e Lar*, 1.
- Anónimo (1953, Maio)...e Lar. *Saúde e Lar*, 17.
- Anónimo (1953, Março)...e Lar. *Saúde e Lar*, 17.
- Anónimo (1952, Julho). Consultório familiar. *Saúde e Lar*, 7.
- Anónimo (1951, Setembro). Consultório familiar. *Saúde e Lar*, 14.
- Anónimo (1951, Setembro). Criança invejosa [carta ao editor]. *Saúde e Lar*, 14.
- Anónimo (1951, Março). Quando deve a criança começar a ler?. *Saúde e Lar*, 21.
- Anónimo (1951, Janeiro). Educando para a vida. *Saúde e Lar*, 21.
- Anónimo (1950, Março). Evitem-se os gritos. *Saúde e Lar*, 21.
- Anónimo (1949, Novembro). Para que as crianças cresçam fortes. *Saúde e Lar*, 21.
- Anónimo (1948, Novembro). A importância do sono para as crianças. *Saúde e Lar*, 4-5.
- Anónimo (1947, Setembro). Podeis prever os filhos que tereis! *Saúde e Lar*, 8-9.
- Anónimo (1947, Janeiro). Esperando o mundo que há-de vir. *Saúde e Lar*, 10-11.

- Anónimo (1946, Setembro). As crianças. *Saúde e Lar*, 9.
- Anónimo (1946, Janeiro). A refeição da criança fastienta. *Saúde e Lar*, 16-17.
- Anónimo (1945, Julho). Pequenos nadas. *Saúde e Lar*, 21.
- Anónimo (1945, Março). Tornemo-lo atractivo. *Saúde e Lar*, 21.
- Caballero, I. A. (1948, Setembro). A alimentação do bebé: Introdução. *Saúde e Lar*, 2-3.
- Cabral, G. (1956, Outubro). Aprenda comigo. *Saúde e Lar*, 6-7.
- Cabral, G. (1954, Outubro). Aprenda comigo. *Saúde e Lar*, 2-3.
- Cabral, G. (1953, Setembro). Aprenda comigo. *Saúde e Lar*, 2-3.
- Cabral, G. (1953, Janeiro). Aprenda comigo. *Saúde e Lar*, 4-5.
- Cabral, G. (1948, Dezembro). V. Ex^a já sabe que... se já sabia, não é demais repeti-lo!...
Saúde e Lar, 20.
- Campana, A. (1948, Janeiro). Doenças mais comuns na infância: A constipação nas crianças. *Saúde e Lar*, 4-5.
- Correia, A. (1949, Janeiro). Crianças-Prodígios. *Saúde e Lar*, 18-19.
- Correia, A. (1947, Setembro). Brinquedos. *Saúde e Lar*, 18-19.
- Correia, A. (1947, Julho). Saber amar as crianças: O menino diz que não... *Saúde e Lar*, 6-7.
- Correia, A. (1945, Novembro). O meu filho tem medo... *Saúde e Lar*, 16-17.
- Correia, A. (1945, Maio). Como criar filhos normais?: Que fazer para lhes dar boa saúde? Como evitar desastres? Quais os bons divertimentos? Devemos empregar a pancada? *Saúde e Lar*, 6-7.
- D'Alvarez, M. (1950, Novembro). Exame periódico dos dentes. *Saúde e Lar*, 10-11.
- Dias, M. T. F. (1958, Agosto). Crianças débeis. *Saúde e Lar*, 18-19.
- Dias, M. T. F. (1954, Dezembro). Atenção ao bebé. *Saúde e Lar*, 10-11.
- Dias, M. T. F. (1952, Julho). Como tratar bem um bebé. *Saúde e Lar*, 4-6.
- Edward, J. T. (1949, Maio). O factor RH: O misterioso assassino. *Saúde e Lar*, 10-11.
- Edwards, J. F. (1947, Maio). Ter um bebé! Reclama cuidados especiais. *Saúde e Lar*, 12-13.
- Esteves, C. (1946, Setembro). O papel maléfico da vizinha. *Saúde e Lar*, 10.
- Esteves, C. (1946, Janeiro). A importância das maternidades. *Saúde e Lar*, 14.
- Faro, L. C. S. (1957, Janeiro). A prevenção das doenças na infância. *Saúde e Lar*, 4-5.
- Ferreira, E. (1954, Abril). Exame de consciência perante a mortalidade infantil. *Saúde e*

- Lar*, 1.
- Gauld, J. (1950, Maio). O bebé engoliu um alfinete. *Saúde e Lar*, 8.
- Guerreiro, R. (1947, Setembro). Quando nasce um bebé... *Saúde e Lar*, 2-3.
- Hoag, J. M. P. (1957, Janeiro). Crianças saudáveis. *Saúde e Lar*, 12-13.
- Lacoste, J. (1952, Setembro). Puericultura pré-natal. *Saúde e Lar*, 13.
- Lacoste, J. (1951, Setembro). Limpeza diária da criança. *Saúde e Lar*, 15.
- Liga Portuguesa de Profilaxia Social (1954, Abril). Assistência à criança. *Saúde e Lar*, 7.
- McLeod, R. P. (1950, Janeiro). A quem deve ser confiada a alimentação do bebé. *Saúde e Lar*, 16-17.
- Montessori, M. (1953, Novembro). Sem título. *Saúde e Lar*, 10.
- Morris, E. (1951, Setembro). Começai desde já a preparar o vosso filho para a escola. *Saúde e Lar*, 16-17.
- Noel, M. B. (1949, Março). Quantas horas deve dormir o bebé? *Saúde e Lar*, 18-19.
- Peterson, M. G. (1957, Maio). As convulsões infantis. *Saúde e Lar*, 17.
- Ramsey, R. K. (1950, Março). Salvando as mães. *Saúde e Lar*, 4-5.
- Robin, G. (1957, Novembro). A higiene mental e os primeiros princípios da educação. *Saúde e Lar*, 4-5.
- Rossiter, F. (1955, Novembro). O banho do bebé. *Saúde e Lar*, 4.
- Sabatino, F. (1956, Dezembro). Contos às crianças?!.... Que se lhes deve contar?... *Saúde e Lar*, 9.
- Santos, O. E. (1953, Julho). Exame pré-nupcial. *Saúde e Lar*, 1.
- Schweisheimer, W. (1945, Janeiro). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 14-15.
- Smith, A. E. (1948, Julho). Protejamos as crianças contra assassinos invisíveis. *Saúde e Lar*, 6-7.
- SNES (1954, Junho). Como nasce o egoísmo. *Saúde e Lar*, 16.
- Tièche, M. (1954, Fevereiro). O divórcio. *Saúde e Lar*, 14.
- Tièche, M. (1953, Novembro). Ensinaí a cortesia a vossos filhos. *Saúde e Lar*, 10.
- Tièche, M. (1953, Julho). Como ensinar o asseio às crianças. *Saúde e Lar*, 12-13.
- Tièche, M. (1951, Novembro). A criança amuada. *Saúde e Lar*, 16.
- Tallarico, G. (1958, Abril). O que é um recém-nascido? *Saúde e Lar*, 6-7.
- Vasco, G. B. (1945, Novembro). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 18.

- Vasco, G. B. (1945, Maio). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 4-5.
- Vasco, G. B. (1945, Março). O que se não deve fazer. *Saúde e Lar*, 2-3.
- White, E. G. (1946, Janeiro). Sem título. *Saúde e Lar*, 23.

2º Período: 1994 a 2007

Crescer

- Afonso, M. J. (1994, Julho). Crescer responde: Nutricionismo. *Crescer*, 11.
- Anónimo (2007, Abril). O processo da epidural. *Crescer*, 9.
- Anónimo (2007, Fevereiro). Anteveja as primeiras horas do bebé. *Crescer*, 28-29.
- Anónimo (2007, Fevereiro). Testes quase fiáveis. *Crescer*, 7.
- Anónimo (2006, Março). A importância das ecografias. *Crescer*, 7.
- Anónimo (2006, Março). Está a fazer o que deve? *Crescer*, 10-11.
- Anónimo (2005, Agosto). A altura ideal para criar hábitos. *Crescer*, 38-39.
- Anónimo (2005, Agosto). Crescer responde: Obstetrícia. *Crescer*, 83.
- Anónimo (2005, Agosto). Desperte-lhe a veia artística. *Crescer*, 53.
- Anónimo (2005, Agosto). Doença de Crohn: Injecção tripla evita evolução. *Crescer*, 8.
- Anónimo (2005, Agosto). “Estou com tanta vontade de comer...”. *Crescer*, 12-13.
- Anónimo (2005, Agosto). Leite materno previne miopia. *Crescer*, 4.
- Anónimo (2005, Agosto). Leve-os a conhecer os animais. *Crescer*, 71.
- Anónimo (2005, Agosto). “Por que estou tão cansada?”. *Crescer*, 22-24.
- Anónimo (2005, Agosto). Regras de segurança para férias. *Crescer*, 30-32.
- Anónimo (2005, Agosto). Use e abuse da água. *Crescer*, 18-20.
- Anónimo (2005, Junho). Deixe-os fazer tudo o que gostam! *Crescer*, 60-62.
- Anónimo (2005, Junho). Escadas protegidas evitam acidentes. *Crescer*, 25.
- Anónimo (2005, Junho). Guia da saúde. *Crescer*, 32-36.
- Anónimo (2005, Junho). O que fazer quando ele não quer comer. *Crescer*, 52-54.
- Anónimo (2005, Junho). Pernas de grávida sempre em forma. *Crescer*, 11.
- Anónimo (2005, Junho). Ponha fim às birras. *Crescer*, 44-46.
- Anónimo (2005, Junho). Sozinha com o bebé... e agora? *Crescer*, 26-28.
- Anónimo (2005, Abril). A explosão da vida. *Crescer*, 18-19.

Anónimo (2005, Abril). Distribua as tarefas com os mais novos. *Crescer*, 72-73.

Anónimo (2005, Abril). Dizer adeus às fraldas. *Crescer*, 18-19.

Anónimo (2005, Abril). Menino ou menina: A gestação é diferente? *Crescer*, 22-23.

Anónimo (2005, Abril). O seu filho está doente? *Crescer*, 42.

Anónimo (2005, Abril). Os dramas de quem se quer divorciar. *Crescer*, 12-14.

Anónimo (2005, Abril). “Posso interromper e voltar a dar de mamar?”. *Crescer*, 28-29.

Anónimo (2005, Abril). Tão pequenino e já sabe o que quer! *Crescer*, 32-34.

Anónimo (2005, Fevereiro). Dedique-lhe mais tempo de qualidade. *Crescer*, 21.

Anónimo (2005, Fevereiro). Ideias para brincar. *Crescer*, 20.

Anónimo (2005, Fevereiro). Mimos que acalmam as dores. *Crescer*, 30-31.

Anónimo (2005, Fevereiro). Pais previdentes, filhos saudáveis. *Crescer*, 12-14.

Anónimo (2005, Fevereiro). Regras para as refeições em família. *Crescer*, 20.

Anónimo (2005, Fevereiro). Verdadeiros rituais para bebés. *Crescer*, 9.

Anónimo (2004, Novembro). A primeira “vacina” do bebé. *Crescer*, 9.

Anónimo (2004, Setembro). Gestação exige tranquilidade. *Crescer*, 6.

Anónimo (2004, Setembro). Gravidez tardia sem complicações. *Crescer*, 16-18.

Anónimo (2004, Julho). Regras de preparação do leite. *Crescer*, 13.

Anónimo (2004, Maio). O ABC das supermamãs. *Crescer*, 64-65.

Anónimo (2004, Março). O que deve levar para o hospital. *Crescer*, 3.

Anónimo (2004, Janeiro). Como tratar cortes e esfoladelas. *Crescer*, 55.

Anónimo (2004, Janeiro). Gestos que promovem afecto. *Crescer*, 21.

Anónimo (2003, Novembro). Pré-mamã sem stress. *Crescer*, 4-6.

Anónimo (2003, Fevereiro). Devo confiar no instinto maternal? *Crescer*, 12-13.

Anónimo (2002, Novembro). Cuidados com a gravidez de risco. *Crescer*, 3.

Anónimo (2002, Novembro). É possível passear ao frio? *Crescer*, 84.

Anónimo (2002, Novembro). Gastos para receber o bebé. *Crescer*, 3.

Anónimo (2002, Novembro). Incentive-o a ser independente. *Crescer*, 22-24.

Anónimo (2002, Novembro). Prepare-se para o parto: Acabe com as preocupações mais comuns... *Crescer*, 8.

Anónimo (2002, Novembro). Que fazer quando o bebé não quer comer. *Crescer*, 17.

Anónimo (2002, Novembro). Tudo o que acontece na Maternidade. *Crescer*, 14-15.

Anónimo (2002, Janeiro). 10 conselhos que podem salvar a vida do bebé. *Crescer*, 26-

27.

- Anónimo (2001, Dezembro). Biberões bem limpos. *Crescer*, 17.
- Anónimo (2002, Julho). Dar peito favorece a inteligência. *Crescer*, 3.
- Anónimo (2002, Julho). Pequenos fora de perigo. *Crescer*, 13.
- Anónimo (2001, Outubro). Quais as melhores posições de amamentação. *Crescer*, 26-27.
- Anónimo (2001, Outubro). Descubra os benefícios da ternura. *Crescer*, 44-45.
- Anónimo (2001, Outubro). Ensine-o a ser tolerante. *Crescer*, 55.
- Anónimo (2001, Outubro). Intestinos regulados. *Crescer*, 68.
- Anónimo (2001, Agosto). Mala de primeiros socorros sempre a postos. *Crescer*, 17.
- Anónimo (2001, Agosto). Mude a fralda com frequência. *Crescer*, 17.
- Anónimo (2001, Junho). Que tipo de pais são vocês? *Crescer*, 60-62.
- Anónimo (2001, Abril). Concilie o trabalho com o papel de mãe. *Crescer*, 76.
- Anónimo (2001, Abril). Desmistifique as idas ao médico. *Crescer*, 39.
- Anónimo (2001, Abril). Inventos que facilitam a maternidade. *Crescer*, 46-49.
- Anónimo (2000, Maio). Dez regras para ser uma super-mãe. *Crescer*, 70-71.
- Anónimo (2000, Novembro). Como fazê-lo arrotar. *Crescer*, 56.
- Anónimo (1999, Setembro). Ritmo da mamada. *Crescer*, 6.
- Anónimo (1999, Fevereiro). Conselhos para uma amamentação perfeita. *Crescer*, 16-17.
- Anónimo (1999, Fevereiro). Cuidados a ter com os dentes do seu filho. *Crescer*, 24-25.
- Anónimo (1999, Fevereiro). Não exagere na higiene do seu filho. *Crescer*, 83-84.
- Anónimo (1999, Fevereiro). Para ter uma "hora pequenina": As melhores posições para o parto. *Crescer*, 10-13.
- Anónimo (1999, Fevereiro). Use e abuse da paciência: Contorne a teimosia do seu "pequeno ditador". *Crescer*, 32-34.
- Anónimo (1998, Novembro). Alimentação equilibrada: Vitalidade e energia de forma saudável. *Crescer*, 14-15.
- Anónimo (1998, Novembro). Asma: Saiba detectar os sintomas e evitar a crise. *Crescer*, 38-41.
- Anónimo (1998, Novembro). De volta à rotina: Enfim sós... com o bebé. *Crescer*, 54-55.

Anónimo (1998, Novembro). Doenças que vêm com o frio: Conheça os perigos do Inverno. *Crescer*, 38-41.

Anónimo (1998, Novembro). Faça o seu filho feliz com coisas simples. *Crescer*, 26-27.

Anónimo (1998, Setembro). Aprenda a conhecer o bebé. *Crescer*, 14-15.

Anónimo (1998, Setembro). Com febre e sem fome... Que fazer? *Crescer*, 29.

Anónimo (1998, Setembro). Descubra os sintomas mais comuns: Sensações e emoções novas. *Crescer*, 11-13.

Anónimo (1998, Setembro). Truques na manga. *Crescer*, 6.

Anónimo (1998, Setembro). Um ritual imprescindível: A importância dos intervalos entre as mamadas. *Crescer*, 18-19.

Anónimo (1998, Julho). Alimentação: Nem sempre a mãe sabe tudo. *Crescer*, 60.

Anónimo (1998, Julho). Seis exercícios que relaxam e fortalecem. *Crescer*, 18-20.

Anónimo (1998, Maio). 365 dias da mãe. *Crescer*, 38-40.

Anónimo (1998, Maio). À mesa com os adultos: um passo para a sociabilidade. *Crescer*, 62-63.

Anónimo (1998, Maio). A escolha da escola. *Crescer*, 46-48.

Anónimo (1998, Maio). A hora do remédio. *Crescer*, 12-14.

Anónimo (1998, Maio). Para cada mal, um remédio. *Crescer*, 20-23.

Anónimo (1998, Março). 30 truques para enganar os gulosos. *Crescer*, 29-33.

Anónimo (1998, Março). Sabe demonstrar amor pelo seu filho? *Crescer*, 74.

Anónimo (1998, Março). Truques na manga. *Crescer*, 14.

Anónimo (1998, Janeiro). Ah... Já engoliu! *Crescer*, 30-31.

Anónimo (1998, Janeiro). 2 anos para ganhar o mundo. *Crescer*, 26-29.

Anónimo (1998, Janeiro). Gestos de afecto que ajudam a crescer. *Crescer*, 32-34.

Anónimo (1998, Janeiro). Hora de criar bons hábitos. *Crescer*, 38-39.

Anónimo (1998, Janeiro). O meu melhor amigo... *Crescer*, 14.

Anónimo (1997, Dezembro). As maravilhosas mentes dos bebés. *Crescer*, 24-26.

Anónimo (1997, Dezembro). Com toda a segurança. *Crescer*, 18-20.

Anónimo (1997, Dezembro). Fumar faz mal a todos... *Crescer*, 18-20.

Anónimo (1997, Dezembro). Qual é o pediatra ideal para o seu filho? *Crescer*, 28.

Anónimo (1997, Dezembro). Quando a teimosia impera. *Crescer*, 30-31.

Anónimo (1997, Dezembro). Truques na manga. *Crescer*, 16.

Anónimo (1997, Dezembro). Um explorador em cena. *Crescer*, 36-37.

Anónimo (1997, Outubro). A criança precisa de brincar para crescer e aparecer. *Crescer*, 64-65.

Anónimo (1997, Outubro). Atenção aos olhos antes das primeiras letras. *Crescer*, 68.

Anónimo (1997, Outubro). Mãe e bebé: Uma dupla inseparável. *Crescer*, 22-23.

Anónimo (1997, Outubro). Truques na manga. *Crescer*, 16.

Anónimo (1997, Junho). Nove meses em forma. *Crescer*, 16-17.

Anónimo (1996, Outubro). Fragmentos de um discurso amoroso. *Crescer*, 14-17.

Anónimo (1996, Outubro). Sonhos na gravidez. *Crescer*, 23-24.

Anónimo (1996, Julho). As crianças com asma podem ser felizes. *Crescer*, 68-69.

Anónimo (1996, Julho). O que muda na sua vida. *Crescer*, 18-19.

Anónimo (1996, Maio). A altura do banho é complicada. *Crescer*, 73.

Anónimo (1996, Maio). Dieta para o futuro. *Crescer*, 30-33.

Anónimo (1996, Maio). Os cinco sentidos do feto. *Crescer*, 35-36.

Anónimo (1996, Março). A partir de que idade o bebé... *Crescer*, 29-33.

Anónimo (1996, Março). Ar é vida: Respire fundo. *Crescer*, 18-20.

Anónimo (1996, Março). Crianças perdidas, o eterno temor dos pais. *Crescer*, 69.

Anónimo (1996, Março). Está na hora do remédio. *Crescer*, 38.

Anónimo (1996, Março). O parceiro da sua emoção. *Crescer*, 14-17.

Anónimo (1996, Março). Quem tem medo do pediatra. *Crescer*, 36-37.

Anónimo (1996, Janeiro). Ah, que colinho confortável!: Como pegar no bebé de modo a que se sintam seguros. *Crescer*, 32-34.

Anónimo (1996, Janeiro). Amor e saúde na dose certa. *Crescer*, 18-22.

Anónimo (1996, Janeiro). Não existe idade certa para ser mãe. *Crescer*, 14-17.

Anónimo (1996, Janeiro). Ritual do prazer. *Crescer*, 24-25.

Anónimo (1995, Agosto). O rabinho do bebé. *Crescer*, 14-15.

Anónimo (1994, Novembro). Após o parto o primeiro teste. *Crescer*, 28-29.

Anónimo (1994, Novembro). O direito de fazer as próprias escolhas. *Crescer*, 62.

Anónimo (1994, Novembro). Tranquila e sem stress. *Crescer*, 18-20.

Anónimo (1994, Setembro). Como dizer adeus às fraldas. *Crescer*, 60-61.

Anónimo (1994, Setembro). Ditos populares: Verdade ou mentira? *Crescer*, 18-21.

Anónimo (1994, Julho). As maravilhas da ecografia. *Crescer*, 24-27.

- Anónimo (1994, Julho). De cócoras: Uma forma natural de ser mãe. *Crescer*, 29-31.
- Anónimo (1994, Julho). Ensine a criança a ser amável. *Crescer*, 67.
- Anónimo (1994, Julho). Mantenha o seu peso, e garanta a saúde do bebe com a dieta ideal. *Crescer*, 16-19.
- Anónimo (1994, Julho). O seu bebé: O maior espectáculo da casa. *Crescer*, 61-62.
- Anónimo (1994, Maio). Porque é que o seu filho pergunta “porquê”? *Crescer*, 71.
- Anónimo (1994, Maio). Todos os dias há diferenças: O seu corpo está a mudar. *Crescer*, 16-19.
- Anónimo (1994, Maio). Tome cuidado com estranhos. *Crescer*, 69.
- Anónimo (1994, Maio). Vencer medos e evitar riscos. *Crescer*, 20-26.
- Barbosa, H. (1997, Outubro). Crescer responde: Nutricionista. *Crescer*, 9.
- Cirurgião, F. (1996, Janeiro). Tudo sobre os sentidos do feto. *Crescer*, 14-16.
- Correia, L. (1996, Julho). Cinesioterapia respiratória [carta ao editor]. *Crescer*, 10.
- Cristina, M. (1995, Outubro). Otites frequentes [carta ao editor]. *Crescer*, 12.
- Cunha, T. (1996, Maio). Visitas ao dentista [carta ao editor]. *Crescer*, 12.
- Faria, P. (1997, Dezembro). Primeiros dentes [carta ao editor]. *Crescer*, 8.
- Gonçalves, A. (1996, Maio). Educar [carta ao editor]. *Crescer*, 98.
- Gouveia, A. C. (1998, Janeiro). Crescer responde: Psicologia. *Crescer*, 8-9.
- Gouveia, A. C. (1997, Outubro). Crescer responde: Psicologia. *Crescer*, 9.
- Gouveia, A. C. (1996, Outubro). Crescer responde: Psicologia. *Crescer*, 11-12.
- Guerreiro, M. C. (1998, Julho). Papas salgadas [carta ao editor]. *Crescer*, 83.
- Jaha, R. (1996, Março). Crescer responde: Medicina dentária. *Crescer*, 11-12.
- João, M. (1996, Outubro). Parto natural [carta de leitor]. *Crescer*, 11.
- Landeiro, M. J. (1999, Abril). Filhos do divórcio: Como ajudá-los a superar o trauma. *Crescer*, 50-51.
- Landeiro, M. J. (1997, Outubro). Alergias: Há que combatê-las. *Crescer*, 38-39.
- Martins, L. (1997, Junho). Dieta alimentar [carta ao editor]. *Crescer*, 11.
- Neves, M. A. (1999, Abril). Gravidez gemelar [carta ao editor]. *Crescer*, 77.
- Nogueira, S. (1998, Novembro). Crónica de uma gravidez anunciada. *Crescer*, 66-68.
- Nogueira, S. (1998, Julho). Crónica de uma gravidez anunciada. *Crescer*, 14-16.
- Nogueira, S. (1998, Março). Crónica de uma gravidez anunciada. *Crescer*, 16-18.
- Anónimo (1994, Novembro). Dormir bastante para poder crescer. *Crescer*, 59-60.

- O editor (1994, Maio). Vamos crescer juntos. *Crescer*, 3.
- P., F. (1998, Janeiro). Menina chorona [carta ao editor]. *Crescer*, 8.
- Pinto, P. (1998, Janeiro). Estimulante de apetite [carta ao editor]. *Crescer*, 8.
- Rodrigo, M. J. (1999, Fevereiro). Para acabar de vez com os mitos médicos: Tire as dúvidas sobre a febre. *Crescer*, 44-47.
- Rodrigo, M. J. (1998, Novembro). Crescer responde: Pediatria. *Crescer*, 70.
- Rodrigo, M. J. (1998, Novembro). Vacinação: Conheça este método de prevenção. *Crescer*, 56-57.
- Rodrigo, M. J. (1996, Maio). Faça do seu filho um adulto saudável. *Crescer*, 18-19.
- Rodrigo, M. J. (1994, Maio). Crescer responde: Pediatria. *Crescer*, 76-77.
- Rosa, A. (2005, Abril). Castigos: Sim ou não? *Crescer*, 62-63.
- Torres, C. (1998, Julho). Vacina aos dois anos [carta ao editor]. *Crescer*, 82.

PAIS&Filhos

- A., C. (2004, Julho). Que difícil! [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 72.
- Abecassis, M. (1996, Julho). Observatório de vacinas. *PAIS&Filhos*, 53-54.
- Abecassis, M. (1995, Abril). Valentino ou o bebé que fumava. *PAIS&Filhos*, 62-63.
- Almeida, M. J. (1999, Junho). Aperte o cinto! *PAIS&Filhos*, 40-42.
- Alves, L. (1998, Novembro). Filhos a tiracolo. *PAIS&Filhos*, 28-31.
- Alves, L. (1998, Julho). Dorme bebé. *PAIS&Filhos*, 26-29.
- Alves, L. (1997, Agosto). Entrevista: Manuela Correia – “SOS criança”. *PAIS&Filhos*, 32-34.
- Alves, L. (1997, Agosto). Viver sozinho. *PAIS&Filhos*, 26-28.
- Alves, L. V. (1994, Setembro). Pais: por favor decidam-se! *PAIS&Filhos*, 72.
- APSI (1994, Novembro). Agora, toda a família vai viajar em segurança. *PAIS&Filhos*, 42-44.
- Amorim, M. J. (2007, Dezembro). O lado B das ecografias. *PAIS&Filhos*, 28-32.
- Amorim, M. J. (2007, Outubro). Medos & mitos. *PAIS&Filhos*, 20-24.
- Amorim, M. J. (2007, Abril). Entrevista: Javier Urra - “As crianças têm direito a ser castigadas”. *PAIS&Filhos*, 66-72.
- Amorim, M. J. (2006, Setembro). Como se nasce lá fora. *PAIS&Filhos*, 32-37.

- Amorim, M. J. (2006, Maio). Episiotomia: Sim ou não? *PAIS&Filhos*, 30-34.
- Amorim, M. J. (2005, Junho). Retrato pré-natal. *PAIS&Filhos*, 21-22.
- Amorim, M. J. (2004, Novembro). Amor à segunda vista. *PAIS&Filhos*, 39-44.
- Anónimo (2007, Dezembro). Preparação a dois. *PAIS&Filhos*, 26.
- Anónimo (2007, Abril). Ecografias: Não convém abusar. *PAIS&Filhos*, 33.
- Anónimo (2007, Fevereiro). Obesidade ataca cada vez mais cedo. *PAIS&Filhos*, 74.
- Anónimo (2006, Julho). Na cama com o pai e com a mãe. *PAIS&Filhos*, 94.
- Anónimo (2006, Julho). Sem título. *PAIS&Filhos*, 18-19.
- Anónimo (2005, Agosto). A importância de um bom ambiente emocional. *PAIS&Filhos*, 88.
- Anónimo (2005, Agosto). Alimentos proibidos no primeiro ano. *Crescer*, 29.
- Anónimo (2005, Agosto). Preparação para a maternidade e paternidade. *PAIS&Filhos*, 30.
- Anónimo (2005, Agosto). Quais as melhores bebidas? *PAIS&Filhos*, 58-59.
- Anónimo (2005, Junho). ABC dos primeiros alimentos. *PAIS&Filhos*, 46-50.
- Anónimo (2005, Junho). O peso dos bebés e a obesidade. *PAIS&Filhos*, 120.
- Anónimo (2005, Junho). Quanto precisam de dormir? *PAIS&Filhos*, 124.
- Anónimo (2005, Abril). Urgente ir ao pediatra! *PAIS&Filhos*, 94.
- Anónimo (2005, Fevereiro). A família ideal. *PAIS&Filhos*, 72.
- Anónimo (2005, Fevereiro). A importância dos primeiros brinquedos. *PAIS&Filhos*, 59.
- Anónimo (2005, Fevereiro). Cuidado com o excesso de refrigerantes. *PAIS&Filhos*, 73.
- Anónimo (2005, Fevereiro). Obesidade evita-se na infância. *PAIS&Filhos*, 73.
- Anónimo (2005, Fevereiro). Perigos na estrada: Os pais são os maiores exemplos. *PAIS&Filhos*, 72.
- Anónimo (2005, Fevereiro). Sempre a crescer! *PAIS&Filhos*, 59.
- Anónimo (2004, Novembro). A importância do ácido fólico. *PAIS&Filhos*, 30.
- Anónimo (2004, Novembro). Nem uma gota! *PAIS&Filhos*, 31.
- Anónimo (2004, Maio). Hospital virtual. *PAIS&Filhos*, 84-85.
- Anónimo (2004, Maio). Tabaco reduz as hipóteses de ter filhos. *PAIS&Filhos*, 32.
- Anónimo (2004, Março). Direito a dispensa para preparação para o parto. *PAIS&Filhos*, 40.
- Anónimo (2004, Julho). Obesidade infantil aumenta na Europa. *PAIS&Filhos*, 40.

- Anónimo (2003, Abril). Escolas para aprendemos a ser pais. *PAIS&Filhos*, 12-14.
- Anónimo (2002, Maio). Preparação para o parto: Sim ou não? *PAIS&Filhos*, 10.
- Anónimo (2000, Setembro). Dietas práticas. *PAIS&Filhos*, 32.
- Anónimo (2000, Julho). Amamentar em segurança. *PAIS&Filhos*, 36.
- Anónimo (1999, Dezembro). Dar o biberão. *PAIS&Filhos*, 36.
- Anónimo (1999, Dezembro). Lavar as mãos. *PAIS&Filhos*, 37.
- Anónimo (1999, Outubro). Desporto na gravidez. *PAIS&Filhos*, 42.
- Anónimo (1999, Agosto). Manter a linha na gravidez. *PAIS&Filhos*, 32.
- Anónimo (1999, Junho). Alivie as tensões familiares. *PAIS&Filhos*, 159.
- Anónimo (1999, Fevereiro). A seguir ao biberon. *PAIS&Filhos*, 32.
- Anónimo (1998, Novembro). Falar paiês – Como estimular os bebés. *PAIS&Filhos*, 24.
- Anónimo (1998, Setembro). Amamentação. *PAIS&Filhos*, 18.
- Anónimo (1998, Maio). Dieta na gravidez. *PAIS&Filhos*, 43.
- Anónimo (1997, Junho). Dez truques para... ensinar hábitos de higiene. *PAIS&Filhos*, 50-51.
- Anónimo (1996, Novembro). Nove meses não é tempo demais! *PAIS&Filhos*, 18-22.
- Anónimo (1995, Outubro). Perguntas & Respostas. *PAIS&Filhos*, 8-9.
- Anónimo (1994, Setembro). Actividades extra-escolares: Divertido... mas não demasiado cansado. *PAIS&Filhos*, 32-34.
- Anónimo (1994, Março). Cartas. *PAIS&Filhos*, 8.
- Azedo, C. (2005, Outubro). Mentas despertas. *PAIS&Filhos*, 46-50.
- Azedo, C. (2005, Agosto). Amigos de Verão. *PAIS&Filhos*, 63-66.
- Azedo, C. (2004, Março). É hora do banho! *PAIS&Filhos*, 45-48.
- Baptista, I. B. (2005, Janeiro). Pequenos ajudantes. *PAIS&Filhos*, 51-57.
- Baptista, I. B. (2004, Março). Pais & pediatras juntos em Santa Maria. *PAIS&Filhos*, 42-43.
- Baptista, I. B. (1998, Novembro). Boletim de saúde. *PAIS&Filhos*, 20-22.
- Baptista, I. B. (1998, Julho). Quanto custa um bebé. *PAIS&Filhos*, 12-13.
- Baptista, I. B. (1998, Março). De mãe galinha a mãe descontraída. *PAIS&Filhos*, 20-21.
- Baptista, I. B. (1997, Agosto). Pequenos e grandes males. *PAIS&Filhos*, 12-14.
- Baptista, I. B. (1996, Novembro). A depressão pós-parto. *PAIS&Filhos*, 25-28.
- Barros, E. (2005, Abril). Castigos: Sim ou não? *PAIS&Filhos*, 69-72.

- Barros, E. (2004, Março). Omnipotência infantil: Quero, posso e mando! *PAIS&Filhos*, 85-88.
- Barros, E. (1995, Abril). Os pais devem estar loucos. *PAIS&Filhos*, 36-40.
- Barros, J. L. (1994, Março). Viagem ao interior de uma maternidade: O que a espera!!! *PAIS&Filhos*, 44-46.
- Brandão, H. (2004, Julho). Direitos das mães [Carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 8-10.
- C., M. (2007, Junho). A humanização do parto [Carta de leitores]. *PAIS&Filhos*, 8.
- Cabral, R. (1995, Outubro). Comer por dois. *PAIS&Filhos*, 44-45.
- Cardoso, L. (1998, Março). Quando introduzir os citrinos? [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 8.
- Carmo, S. (2000, Março). Mãe & bebê: Uma dupla de sucesso. *PAIS&Filhos*, 30-32.
- Carmo, S. (1999, Outubro). A idade dos porquês. *PAIS&Filhos*, 60-62.
- Carvalho, P. T. (1999, Junho). Um quarto só para mim. *PAIS&Filhos*, 52-54.
- Castro, A. V. (2005, Junho). E se não gostarem de mim? *PAIS&Filhos*, 99-101.
- Castro, A. V. (1999, Dezembro). Mais tempo para os filhos. *PAIS&Filhos*, 72-74.
- Clark, L. (1995, Dezembro). Aprender a contar, na cozinha! *PAIS&Filhos*, 34-35.
- Clark, L. (1995, Agosto). O seguro morreu de velho. *PAIS&Filhos*, 44-47.
- Colaço, J. (2003, Fevereiro). Ainda a licença de parto... [Carta ao editor] *PAIS&Filhos*, 7.
- Cordeiro, M. (2004, Março). Conflito de interesses. *PAIS&Filhos*, 76-77.
- Cordeiro, M. (2003, Abril). Não para aprender, sim para partilhar experiências. *PAIS&Filhos*, 12-14.
- Cordeiro, M. (2003, Abril). O leite. *PAIS&Filhos*, 96-97.
- Cordeiro, M. (2001, Dezembro). Coisas que fazem pele de galinha. *PAIS&Filhos*, 78-79.
- Cordeiro, M. (2001, Abril). A inverdade do âmbar, o exagero do cloro e outras pequenas “verdades”. *PAIS&Filhos*, 102-103.
- Cordeiro, M. (1996, Março). A batalha da comida (ou como se pode perder tanto tempo numa coisa tão parva...). *PAIS&Filhos*, 46-49.
- Cordeiro, M. (1996, Janeiro). A liga de campeões e a segunda divisão B. *PAIS&Filhos*, 46-49.
- Cordeiro, M. (1995, Junho). Carta aberta aos que têm menos de um ano (para a época

- banhar que se avizinha...). *PAIS&Filhos*, 24-26.
- Cordeiro, M. (1995, Abril). Mas ele não dorme nada!!! *PAIS&Filhos*, 48-50.
- Cordeiro, M. (1994, Julho). Gato escondido com alergénios de fora. *PAIS&Filhos*, 56-58.
- Cordeiro, M. (1994, Maio). Guerras à mesa: Estratégias para a paz. *PAIS&Filhos*, 28-30.
- Cordeiro, R. (1996, Novembro). Tabaco e morte súbita. *PAIS&Filhos*, 36-38.
- Dentinho, I. (1996, Novembro). Uma mãe em condições! *PAIS&Filhos*, 60.
- Dentinho, I. (1996, Janeiro). Faça chuva ou sol... *PAIS&Filhos*, 62.
- Empis, I. (2005, Fevereiro). O desejo de maternidade. *PAIS&Filhos*, 36.
- Esteves, A. (2005, Janeiro). Contacto. *PAIS&Filhos*, 30-33.
- Esteves, A. (2004, Maio). Gravidez é tempo de... *PAIS&Filhos*, 17-20.
- Esteves, A. (2003, Dezembro). Nascer em família. *PAIS&Filhos*, 21-26.
- Esteves, A. (2003, Outubro). Destronar as fraldas. *PAIS&Filhos*, 61-62.
- Esteves, A. (2003, Outubro). O primogénito, o irmão sanduíche e o eterno bebé. *PAIS&Filhos*, 46-52.
- Esteves, A. (2002, Novembro). Fazer a mala. *PAIS&Filhos*, 50-52.
- Esteves, A. (2001, Agosto). As asas das fadas. *PAIS&Filhos*, 76-79.
- Esteves, A. (1999, Dezembro). Leite materno: O melhor remédio. *PAIS&Filhos*, 28-30.
- Esteves, A. (1998, Setembro). 10 truques para...promover a auto-estima. *PAIS&Filhos*, 81.
- Esteves, A. (1998, Setembro). Brincar sozinho. *PAIS&Filhos*, 46-47.
- Esteves, A. (1997, Agosto). Falar paiês. *PAIS&Filhos*, 18-20.
- Esteves, A. (1995, Agosto). Droga: De pequeninos se torce o destino. *PAIS&Filhos*, 38-42.
- Falcão, I. (1998, Julho). Segurança no carro. *PAIS&Filhos*, 30-31.
- Falcão, I. (1998, Maio). Ele mexeu-se. *PAIS&Filhos*, 16-19.
- Ferreira, A. M. (1999, Fevereiro). Dar de mamar [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 10.
- Figueiredo, M. (1999, Outubro). Dente por dente. *PAIS&Filhos*, 57-58.
- Figueiredo, M. (1999, Dezembro). Gravidez a quanto obrigas. *PAIS&Filhos*, 21-22.
- Figueiredo, M. (1999, Agosto). 10 truques para... a hora do banho. *PAIS&Filhos*, 58-59.

- Figueiredo, M. (1999, Agosto). Seja a estrela deste Verão! *PAIS&Filhos*, 16-17.
- Folque, A. (1996, Janeiro). “Queres ouvir? Eu conto...”. *PAIS&Filhos*, 66.
- Folque, A. (1995, Abril). “E agora tu eras o filho e eu era o pai”. *PAIS&Filhos*, 70.
- Fonseca, L. (1999, Agosto). Pais na sala de partos [Cartas dos leitores]. *PAIS&Filhos*, 10.
- Garcia, R. (2006, Maio). Ser mãe aos 40. *PAIS&Filhos*, 64-67.
- Godinho, J. (2005, Fevereiro). Pavilhão da água. *PAIS&Filhos*, 78-79.
- Gomes, António (2004, Setembro). A importância do aleitamento materno. *PAIS&Filhos*, 38-42.
- Gomes, L. (2003, Abril). Quem me ensina a ser feliz? *PAIS&Filhos*, 74-75.
- Guerreiro, M. (1998, Janeiro). Pais, mães & filhos [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 7.
- Henriques, M. C. (1999, Outubro). Os primeiros brinquedos. *PAIS&Filhos*, 38-40.
- Henriques, M. C. (1999, Junho). As primeiras palavras. *PAIS&Filhos*, 24-26.
- Hermida, M. (2003, Fevereiro). Revelações de uma ecografia. *PAIS&Filhos*, 30-33.
- Hermida, M. (1999, Agosto). Sinais de parto: Chegou a hora! *PAIS&Filhos*, 19-20.
- Lamúrias, P. (2005, Março). Museu da Presidência da República. *PAIS&Filhos*, 100-101.
- Lamúrias, P. (2004, Maio). Gobissauros. *PAIS&Filhos*, 114-115.
- Landeiro, M. J. (1998, Janeiro). Uma hora pequenina. *PAIS&Filhos*, 20-22.
- Leistner/Eltern, M. (1994, Janeiro). Ecografia: Como é que ele se entretém na barriga da mãe! *PAIS&Filhos*, 16-18.
- Lima, L. P. (1995, Junho). A confiança em alto risco. *PAIS&Filhos*, 29-30.
- Lima, L. P. (1994, Novembro). Os filhos nas crises do casamento. *PAIS&Filhos*, 34-36.
- Luz, R. (2006, Março). O trabalho de parto do pai. *PAIS&Filhos*, 26-30.
- Machado, M. J. (1999, Fevereiro). Levá-las ou não? *PAIS&Filhos*, 74.
- Marques, M. (1994, Maio). A idade para o faz-de-conta. *PAIS&Filhos*, 66.
- Marques, M. (1994, Março). A experiência da (fala) voz. *PAIS&Filhos*, 63.
- Matos, I. (1999, Outubro). As infecções virais. *PAIS&Filhos*, 24-25.
- Matos, I. (1998, Março). Incompatibilidade RH. *PAIS&Filhos*, 16.
- Matos, I. (1997, Agosto). A gravidez normal. *PAIS&Filhos*, 16-17.
- Matos, I. (1996, Janeiro). Reflectindo... *PAIS&Filhos*, 60.
- Matos, I. (1995, Outubro). A gravidez gemelar. *PAIS&Filhos*, 24-26.

- Matos, I. (1995, Outubro). O perfil biofísico. *PAIS&Filhos*, 74.
- Matos, I. (1995, Abril). As adaptações maternas à gravidez. *PAIS&Filhos*, 64.
- Matos, I. (1994, Novembro). A consulta pré-concepcional. *PAIS&Filhos*, 30-32.
- Matos, I. (1994, Março). A gravidez aos 40 anos: Sim ou não? *PAIS&Filhos*, 61.
- Maya, M. (2004, Março). Mãe é mãe, pai é pai! *PAIS&Filhos*, 35-38.
- Mestre, L. (1999, Abril). Dar de mamar: Vamos a isso? *PAIS&Filhos*, 28-30.
- Natividade, M. (1994, Janeiro). Nove meses deitada. *PAIS&Filhos*, 52-55.
- Need, P. (1996, Março). Dar de mamar: Quem disse que era fácil? *PAIS&Filhos*, 24-26.
- Need, P. (1995, Agosto). As primeiras 48 horas do seu bebé. *PAIS&Filhos*, 18-20.
- Nobre, S. (2004, Maio). Crianças índigo [Carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 8.
- Oliveira, P. (2005, Fevereiro). O que é bom para o ventre é mau para o dente. *PAIS&Filhos*, 42-46.
- Oliveira, P. (2004, Julho). Pequenos nadadores. *PAIS&Filhos*, 49-52.
- Oom, P. (2004, Julho). Percentis. *PAIS&Filhos*, 34-38.
- Oom, P. (2004, Maio). Bons olhos os vejam! *PAIS&Filhos*, 79-82.
- Oom, P. (2003, Dezembro). Pela noite fora. *PAIS&Filhos*, 44-48.
- Oom, P. (1999, Outubro). Vem aí o frio! *PAIS&Filhos*, 32-34.
- Pinheiro, A. (1998, Novembro). Empatia e auto-estima. *PAIS&Filhos*, 72.
- Pinheiro, A. (1998, Setembro). Cuidados de higiene. *PAIS&Filhos*, 64.
- Pinho, A. L. (2002, Maio). Profissão: Mãe. *PAIS&Filhos*, 28-32.
- Pinho, A. L. (2001, Dezembro). Com o Natal às costas. *PAIS&Filhos*, 40-44.
- Pinho, S. (2006, Setembro). Grávida e fumadora. *PAIS&Filhos*, 18-22.
- Pinto, P. V. (1997, Junho). Ter um bebé em casa: Parto natural em dois capítulos (II Parte). *PAIS&Filhos*, 103-106.
- Pires, D. F. (2000, Setembro). Índice de temas da PAIS&Filhos [Carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 8.
- Raible, H. (1995, Abril). Eu vejo-te! *PAIS&Filhos*, 42-46.
- Raible, H. (1994, Janeiro). Natal, Ano Novo, festas de anos e o divórcio: «Passas com o teu pai ou com a tua mãe?» *PAIS&Filhos*, 24-26.
- Romão, M. (1994, Março). Cuidados de Beleza de A a Z: Nove meses em beleza. *PAIS&Filhos*, 96-97.
- Rosa, M. A. de C. (1997, Outubro). Dar de mamar [carta ao editor]. *PAIS&Filhos*, 8.

- Rosendo, G. (1995, Outubro). As idas ao médico. *PAIS&Filhos*, 76.
- Rosendo, G. (1995, Agosto). Os alimentos sólidos. *PAIS&Filhos*, 64.
- Rosendo, G. (1994, Novembro). Ele tem fome! *PAIS&Filhos*, 64.
- Rosendo, G. (1994, Maio). Um novo bebê em casa. *PAIS&Filhos*, 76.
- Saldanha, V. (1998, Julho). Cuidado com o sol. *PAIS&Filhos*, 108-109.
- Sancho, F. (1995, Dezembro). Enquanto espera... prepare-se! *PAIS&Filhos*, 30-32.
- Santos, A. (2001, Fevereiro). Chegou o grande dia! *PAIS&Filhos*, 38-42.
- Santos, A. (1999, Agosto). Férias felizes. *PAIS&Filhos*, 78.
- Santos, A. (1999, Junho). Tenha maneiras! *PAIS&Filhos*, 80.
- Santos, A. (1997, Dezembro). A resiliência. *PAIS&Filhos*, 68.
- Santos, A. (1997, Outubro). Aprender a falar. *PAIS&Filhos*, 70.
- Santos, A. (1996, Março). Comer: Um prazer ou um castigo? *PAIS&Filhos*, 64.
- Santos, R. S. (1999, Agosto). Perguntem ao médico. *PAIS&Filhos*, 11.
- Santos, R. S. (1999, Abril). Perguntem ao médico. *PAIS&Filhos*, 10.
- Santos, R. S. (1997, Dezembro). Perguntem ao médico. *PAIS&Filhos*, 8.
- Santos, A. (1995, Fevereiro). A felicidade de estar limpo – a felicidade de estar sujo. *PAIS&Filhos*, 64.
- Smith-Squire, A. (1996, Janeiro). As perguntas que eles fazem!! *PAIS&Filhos*, 48-51.
- Silva, C. R. (1999, Abril). Gravidez aos 20, 30 e 40. *PAIS&Filhos*, 10-11.
- Silva, F. M. (1997, Outubro). A volta da maternidade. *PAIS&Filhos*, 20-22.
- Stilwell, I. (1994, Janeiro). Febres e constipações e outros males comuns... O que fazer! *PAIS&Filhos*, 29-34.
- Strecht, P. (2007, Junho). Boa noite, até amanhã! *PAIS&Filhos*, 86.
- Strecht, P. (2004, Maio). Maternidade em Maio, mês da mãe. *PAIS&Filhos*, 124.
- Sullivan, K. (1995, Outubro). Os rivais. *PAIS&Filhos*, 49-52.
- Uden, C. (1995, Fevereiro), TCHIIIM! Tratamento VIP para quem adocece. *PAIS&Filhos*, 50-52.
- Uden, C. van (1995, Agosto). Vamos ao banho! *PAIS&Filhos*, 22-25.
- Viegas, V. D. (2006, Julho). Episiotomia [carta de leitores]. *PAIS&Filhos*, 10.
- Wolf, F. (1996, Novembro). Abaixo os sentimentos de culpa. *PAIS&Filhos*, 44-45.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Evolução da Taxa de Actividade Feminina: 1940-2007.....	32
Figura 2: Taxa de Actividade segundo o Grupo Etário e o Sexo: 2007.....	33
Figura 3: População Alfabeta com Idade Igual ou Superior a 10 anos: 1940-1991.....	34
Figura 4: Evolução da Taxa Bruta de Natalidade: 1940-2007.....	35
Figura 5: Percentagem de População Residente em Portugal por Grandes Grupos Etários: 1971-2008.....	37
Figura 6: Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (‰): 1960-2008.....	37
Figura 7: Percentagem de Partos Realizados em Contexto Hospitalar: 1960-2008.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil nos Países da OCDE: 1960-2008.....	22
Quadro 2: Evolução da Taxa de Fertilidade nos Países da OCDE: 1960-2000.....	24
Quadro 3: Caracterização Geral das Fontes.....	105
Quadro 4: Número e Percentagem de Artigos que Constituem o <i>Corpus</i> Documental, Classificados segundo o seu Tipo.....	115
Quadro 5: Número e Percentagem de Artigos Temáticos, segundo o Género do Autor.....	117
Quadro 6: Número e Percentagem de Artigos Temáticos, segundo a Área Profissional do Autor.....	118
Quadro 7: Área Temática: Práticas de Maternidade – Temas e Subtemas - 1º Período: 1945 a 1958.....	122
Quadro 8: Área Temática: Práticas de Maternidade – Temas e Subtemas - 2º Período: 1994 a 2007.....	123